

---

Український інститут громадського здоров'я  
Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

**ВІСНИК  
СОЦІАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ  
ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

*ЩОКВАРТАЛЬНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ*

*4*

---

---

Ukrainian Institute of Public Health  
Ternopil State Medical Academy by I.Y. Horbachevsky

**BULLETIN  
OF SOCIAL HYGIENE AND  
HEALTH PROTECTION  
ORGANIZATION OF UKRAINE**  
*QUARTERLY SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL*

Київ - Тернопіль  
“Укрмедкнига”  
2003

**РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ**

---

Головний редактор **В.М. Пономаренко**

---

*Ю.В. Вороненко, О.М. Голяченко (відповід. редактор), Л.Я. Ковальчук (заст. головного редактора), Б.П. Криштопа, О.Ю. Майоров, В.Ф. Москаленко, Г.М. Москалець (відповід. секретар), О.Я. Никитюк (відповід. секретар), А.В. Підаєв, А.М. Сердюк, І.М. Солоненко, А.Р. Уваренко, А.О. Шелюженко*

---

**РЕДАКЦІЙНА РАДА**

---

*В.О. Волошин (Київ), Є.М. Горбань (Київ), Ю.І. Губський (Київ), В.В. Єлагін (Київ), М.П. Захараш (Київ), А.П. Картиш (Київ), В.О. Колоденко (Одеса), В.І. Огарков (Донецьк), З.М. Парамонов (Житомир), А.Ю. Романенко (Київ), Л.А. Чепелевська (Київ)*

---

Журнал включено до Переліку № 1 наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття вченого ступеня кандидата і доктора наук (додаток до Постанови Президії ВАК України від 09.06.99 № 1-05/7)

*Рекомендовано до друку вченою радою  
Українського інституту громадського здоров'я  
(протокол № 15 від 09.12.2003 р.)*

**Передплатний індекс – 22867**

## Міжгалузева комплексна програма “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки

*В.М. Пономаренко, Г.М. Москалець, А.Л. Карлова, Н.В. Якутович, Н.М. Лещук, Т.М. Смірнова, В.І. Аксенова.* Методологічні, методичні та організаційні аспекти моніторингу виконання Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки.

*Г.М. Москалець, А.Л. Карлова, Н.В. Якутович, Т.М. Смірнова, В.І. Аксенова.* Сучасний стан моніторингу функціонування системи охорони здоров’я в Україні та за кордоном (огляд літератури).

## Здоров’я і суспільство

*Т.С. Грузєва.* Дослідження відмінностей у стані здоров’я населення залежно від рівня матеріального добробуту.

*Н.Я. Жилка.* Соціально-економічні та медичні проблеми репродуктивного здоров’я (огляд літератури).

*О.І. Тимченко, В.В. Єлагін, О.В. Линчак, Л.М. Піотрович, Т.М. Поканевич, О.В. Підгорна, О.В. Горіна.* Тягар генетично обумовлених репродуктивних розладів серед населення Київської області.

*Н.М. Семків.* Здоров’я сільських мешканців та фактори, що його зумовлюють.

*Н.Є. Федчишин.* Динаміка смертності мешканців Тернопільської області від хвороб системи кровообігу.

## Організація медичної допомоги

*С.В. Афанасьєв.* Організаційні аспекти розробки алгоритму клініко-експертної та реабілітаційної діагностики у хворих та інвалідів з ускладненнями після оперативних втручань на органах шлунково-кишкового тракту.

*Ю.О. Буртова.* Проблеми реформування стоматологічної допомоги військовослужбовцям Збройних Сил України.

*В.Л. Смірнова, О.Я. Никитюк, С.М. Загородній, І.Я. Добровольський.* Актуальні проблеми сільської системи охорони здоров’я

*В.І. Цимбалюк, М.В. Квасніцький, В.В. Деньгуб.* Організація медичної допомоги при розладах психічних функцій у хворих на нейрофіброматоз

## Interbranch complex program “Healthy Nation” for 2002–2011

*V.M. Ponomarenko, G.M. Moskalets, A.L. Karlova, N.V. Yakutowits, N.M. Leschuk, T.N. Smirnova, V.I. Aksenova.* Methodological, methodical and organizational aspects of monitoring in execution of the inter-sectoral complex program “Healthy Nation” for 2002–2011.

*G.M. Moskalets, A.L. Karlova, N.V. Yakutowits, T.N. Smirnova, V.I. Aksenova.* Modern state of the problem on monitoring of the public health system functioning in Ukraine and abroad (review of the literature).

## Health and society

*T.S. Hruseva.* Study of differences in the population health status depending on the level of the material provision.

*N.Y. Zhilka.* Socio-economic and medical problems of the reproductive health (review of the literature).

*O.I. Timchenko, V.V. Yelagin, O.V. Linchak, L.M. Piotrovits, T.M. Pokanevits, Y.V. Podgornaya, O.V. Gorina.* Burden of genetically caused reproduction losses in the population of the Kiev district.

*N.M. Semkiv.* Health of country dwellers and it’s promoting factors.

*N.E. Fedchyshyn.* Mortality rate dynamics of the blood circulation system diseases of population in Ternopil region.

## Organization of Medical Care Provision

*S.V. Afanasyev.* Algorithm of clinico-expert and rehabilitation diagnostics for patients and invalids with complications after operations on organs of gastro-intestinal tract.

*Y.O. Burtova.* Problems of dentistry service reformation within Ukrainian ministry of defence health system.

*V.L. Smirnova, O.Ja. Nykytyuk, S.M. Zagorodniy, I.Ya. Dobrovolsky.* The actual problems of country health service

*V.I. Tsimbaliuk, M.V. Kvasnitskiy, V.V. Dengub.* Organization of medical care for mental disorders in patients with neurofibromatosis

5

11

20

24

30

35

42

46

52

56

58

*Л.М. Романюк.* Основні засади інформаційного забезпечення управління охороною здоров'я на базовому рівні

61

### Медичні кадри

*А.Б. Зіменковський, Б.О. Матвійчук.* Оцінка освітньо-професійної підготовки лікарів та клінічних провізорів як невід'ємна складова стандартів якості надання медичної допомоги.

64

### Формування здорового способу життя

*В.М. Пономаренко, Н.В. Медведовська.* Якість життя лікарів першого контакту та складові її формування.

68

*О.О. Стойка.* Ефективність роботи лікарів з профілактики тютюнокуріння в умовах великого міста.

72

*І.Ф. Маркович.* Медико-соціологічне дослідження факторів способу життя, професійної діяльності та особистого ставлення до медичної допомоги військовослужбовців Північного Оперативного Командування.

77

### Історія медицини

*Я.Ф. Радиш.* Слава і гордість Київського військового шпиталю (до 250-річчя від дня заснування).

81

### Дискусії

*А.С. Котуза.* Проблема ризику прийняття помилкових рішень в управлінні системою охорони здоров'я.

84

### До авторів

90

*L.N. Romanyuk.* The main principles of information security of the health protection direction on base level

### Medical staff

*A.B. Zimenkovsky, B.O. Matviychuck.* Evaluation of educational and professional training of physicians and clinical pharmacists as the integral part of the quality standards on medical aid rendering.

### Formation of health life-style

*V.M. Ponomarenko, N.V. Medvedovskaya.* Life quality of primary level physicians and constituents of its formation.

*O. A. Stoika.* Efficiency of tobacco smoke prevention in conditions of a large city.

*I.F. Markovich.* Medico-sociological studies of lifestyle factors, professional activity and personal attitude of military men of the Northern Operative Headquarters to medical aid

### History of Medicine

*Ya. Radish.* Glory and pride of Kiev military hospital.

### Discussions

*A.S. Kotuza.* Risk estimation in adopting mistaken decisions in public health management

### Notes for authors

## ПОВІДОМЛЕННЯ

У №4/2002 р. журналу в статті «Професійні захворювання в Україні: сучасний стан, проблеми і актуальні завдання» внаслідок неувважності авторів зазначеної статті були допущені помилки у прізвищах – Соколовська М.П. (вірно – Соколова М.П.), Балашова І.Г. (вірно – Белашова І.Г.).

# МІЖГАЛУЗЕВА КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА “ЗДОРОВ’Я НАЦІЇ НА 2002-2011 РОКИ

УДК 614.2:001.73.001.1(477)

*В.М. ПОНОМАРЕНКО, Г.М. МОСКАЛЕЦЬ, А.Л. КАРЛОВА, Н.В. ЯКУТОВИЧ, Н.М. ЛЕЩУК,  
Т.М. СМІРНОВА, В.І. АКСЕНОВА (Київ)*

## **МЕТОДОЛОГІЧНІ, МЕТОДИЧНІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ АСПЕКТИ МОНІТОРИНГУ ВИКОНАННЯ МІЖГАЛУЗЕВОЇ КОМПЛЕКСНОЇ ПРОГРАМИ “ЗДОРОВ’Я НАЦІЇ” НА 2002–2011 РОКИ**

Український інститут громадського здоров’я

Соціально-гігієнічний моніторинг (СГМ) – це висока за рівнем та продуктивністю система вивчення та поліпшення здоров’я населення, що спирається як на самостійні нормативні, організаційно-технологічні та статистичні джерела, так і на матеріали спеціальних наукових досліджень, на результати науково-практичних спостережень за рухом умов та факторів прогностичного характеру, що дозволяють вирішувати питання щодо часу та масштабів втручання в процеси формування здоров’я населення.

Соціально-гігієнічний моніторинг здоров’я використовує складну систему прямих та непрямих показників здоров’я. Він містить у собі ряд самостійно діючих компонентів, серед яких такі, що визначають здоров’я – соціально-економічний, санітарно-гігієнічний, медико-генетичний, соціально-психологічний, а також компонент, що відображає діяльність установ охорони здоров’я. Кожен з них, спираючись на властиву цій сфері систему показників, має методи оцінки свого впливу на здоров’я окремих груп населення та відповідні технології усунення несприятливих впливів на формування їхнього здоров’я. В остаточному підсумку всі результати зусиль, спрямованих на зміцнення здоров’я як населення в цілому так і його окремих груп, виражаються в сумарних показниках ефективності діяльності окремих компонентів моніторингу і потім в узагальнених показниках зниження захворюваності та смертності на популяційному рівні, що свідчать про поліпшення умов та способу життя великих груп населення, зниження захворюваності, підвищення якості життя та середньої її тривалості. Всі проміжні показники успішності діяльності окремих компонентів носять у цьому випадку оперативний характер.

При достатній самостійності координації діяльності різних компонентів моніторингу здоров’я населення з’являється можливість спільного

цілеспрямованого впливу на конкретні масові та більш ймовірні у своєму скороченні несприятливі фактори. Це особливо важливо в зв’язку з необхідністю розвитку соціально-психологічних методів впливу на формування гігієнічної поведінки окремих груп населення, методів, що одержали широке визнання в умовах соціальної диференціації умов життя та зростаючої потреби в зміцненні здоров’я цих груп населення.

Структурування загальної діяльності в сфері соціально-гігієнічного моніторингу передбачає ряд переваг їхньої методологічної єдності.

У інформаційному відношенні більш спрямована робота з окремими компонентами моніторингу здоров’я населення забезпечує специфічність технологій та показників діяльності кожного з компонентів з оцінкою їхньої ефективності щодо відповідних проблем моніторингу здоров’я, сприяє застосуванню єдиної для всіх контингентів спостереження системи показників узагальненого характеру, розрахованих на великі групи населення, і дає можливість на цій основі широко використовували переважно кінцеві показники здоров’я населення та оцінки підвищення якості цього населення.

У методологічному відношенні така єдність та самостійність окремих компонентів, сфер і методів їхнього професійного внеску в рішення загальних проблем здоров’я населення вносить важливі для такої системної акції багатоплановість і різноманітність підходів до рішення загальної проблеми та відповідальність кожного компонента за ефективність здійснених втручань на різних рівнях охорони та зміцнення здоров’я населення.

Міжвідомчий і багатокomпонентний характер моніторингу передбачає єдину методичну підготовку спеціалістів різних галузей та компонентів моніторингу, зацікавлених у забезпеченні співставлення різних джерел інформації та результатів роботи на популяційному рівні. У цьому від-

ношенні Міжвідомча наукова рада з громадського здоров’я та охорони здоров’я, відповідальна за наукове забезпечення програм здоров’я населення в цілому, є базовою для подальшої координації та забезпечення методичної підготовки робіт із використанням стислої, орієнтованої на окремі групи населення, стандартної системи загальних та специфічних показників внеску в зміцнення здоров’я населення кожного з компонентів соціально-гігієнічного моніторингу здоров’я населення, що діє за своєю широкою специфічною системою показників.

Моніторинг у цьому структурованому і найбільш дійовому виразі з часом набуває характеру стабілізуючого механізму у програмах соціального розвитку та підвищення ефективності охорони здоров’я [3].

Якість оцінки медичної діяльності, що є одним з ключових елементів комплексу найважливіших управлінських функцій, повністю визначається кількісними і якісними характеристиками інформації щодо оцінюваного об’єкта. Саме вихідна інформація – її оперативність, вірогідність, повнота, адаптованість до форми, можливостей, цілей оціночної системи, що діє – є субстратом оцінювання, впливаючи як на процес, так і на результати оціночної діяльності і, як наслідок, формуючи якість управлінських рішень, прийнятих за результатами оцінки.

Організаційно оцінка медичної діяльності являє собою єдність комплексів обліку виконаної роботи, контролю за виконуваною роботою та її обліком і власне оцінкою. У комплекс обліку повинно бути включене безперервне спостереження за різними властивостями медичної діяльності, виявлення динаміки параметрів, що оцінюються, реєстрація виявлених змін, причому все це в якості початкової ланки технологічного ланцюжка, передбаченою оціночною системою, що використовується – від одержання інформації про оцінюваний об’єкт через виведення оціночних показників до прийняття управлінського рішення на основі результатів оцінки [1].

Організаційна структура моніторингу складається з 4 основних блоків: 1) моніторинг стану здоров’я населення; 2) моніторинг навколишнього середовища; 3) соціологічний моніторинг; 4) моніторинг діяльності системи охорони здоров’я регіону.

Таким чином, передбачається створення багатофункціональної, багаторівневої інформаційної системи, що забезпечить збір, обробку, аналіз великих інформаційних масивів, які характеризують здоров’я населення у взаємозв’язку з формуючими його факторами [2].

Для удосконалення та розвитку системи СГМ, оцінки впливу факторів навколишнього середо-

вища на здоров’я населення необхідні: 1) аналіз та узагальнення досвіду центрів Державного санітарно-епідеміологічного нагляду з ведення СГМ у поєднанні з методикою оцінки ризику, епідеміологічними дослідженнями; 2) розширення уніфікованої системи показників СГМ шляхом включення до неї даних щодо якості і безпеки продуктів харчування, факторів виробничого середовища, умов виховання та навчання дітей і підлітків, епідеміологічної ситуації; 3) подальший розвиток та застосування методів вибору пріоритетних проблем територій і груп ризику за показниками стану здоров’я та з урахуванням комплексних багатофакторних впливів навколишнього середовища на здоров’я; 4) удосконалення єдиного програмно-апаратного комплексу для збору, оцінки та аналізу інформації про стан навколишнього середовища та здоров’я населення за переліком уніфікованих показників II етапу соціально-гігієнічного моніторингу; 5) цілеспрямований розвиток лабораторної бази з урахуванням специфіки регіону [6].

Виникла необхідність розробки методики, що одночасно дозволяла б оцінити вартість витрат на досягнення визначеного (запланованого) рівня здоров’я населенням території, та зіставити потенційні можливості системи охорони здоров’я з досягнутими результатами. Все це дозволило б підійти до вирішення проблеми комплексної моніторингової оцінки ефективності медичної допомоги (МД).

З метою розробки даної методики до показників якості діяльності лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ), крім структурних та результативних показників, були введені процесуальні, тобто проміжні критерії, що характеризують процес надання медичної допомоги. Вони відіграють роль своєрідних індикаторів діяльності медичних закладів та служб. Поява такого індикатора свідчить про відхилення в медичних технологіях від параметрів стандарту. Оцінка таких показників у процесі діяльності є підставою для більш глибокого аналізу функціонування системи та прийняття адекватних управлінських рішень. Управлінські рішення, прийняті з “відхилення”, забезпечують попередження (або пом’якшення) несприятливих аспектів діяльності системи охорони здоров’я території та запобігання помилок.

З урахуванням цього можна зробити такі висновки: 1) запропонована система оцінки якості та ефективності медичної допомоги містить у собі набір універсальних показників, які мають кількісне значення, що дозволяє піддавати інформацію порівнянню, підрахунку, математичній обробці; 2) набір універсальних показників дозволяє застосовувати їх як на рівні окремого ЛПЗ (його підрозділів і служб), так і для оцінок на



територіальному рівні; 3) відповідно до розробленої та впровадженої методики, ефективність діяльності медичного закладу визначається ступенем досягнення встановлених для конкретного ЛПЗ цілей при визначених витратах; 4) запропонована подана методика дозволяє виявити порушення медичних технологій (процесуальні порушення), а також нераціональне використання ресурсів (структурні порушення); 5) розроблена методика дозволяє проводити не тільки пряме зіставлення результатів, але і використовувати їх у попередньому та детальному опрацюванні обґрунтованості прийняття управлінських рішень як щодо окремих служб, так і щодо конкретних ЛПЗ [4].

Завдання, функції та повноваження органів охорони здоров’я повинні бути згруповані за напрямками витрат коштів, які можуть стати основою класифікації видів витрат у сфері охорони здоров’я.

До таких напрямків віднесені: управління охороною здоров’я; надання медичної допомоги; заходи у сфері громадського здоров’я; лікарське забезпечення та забезпечення виробами медичного призначення; фундаментальні та прикладні дослідження в медичній науці; медична освіта; капітальні вкладення в сфері охорони здоров’я [5].

**Мета роботи** – створення передумов для розробки автоматизованої, уніфікованої програми збору, обробки та узагальнення інформації про стан виконання Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” на 2002–2011 рр. (далі Програма).

**Завдання:** впровадження методологічних принципів соціально-гігієнічного моніторингу; методичні підходи до розробки кількісних та якісних показників, що стосуються характеристики відповідних заходів Програми; організаційні заходи щодо підготовки інформації про стан виконання Програми.

Для здійснення моніторингу виконання Програми, насамперед, проведено структурування сфери функціонування системи охорони здоров’я, яке передбачає методологічну єдність її складових. Це стосується 7 блоків діяльності галузі.

### **1. Державна політика у сфері охорони здоров’я**

У межах даного блоку слід виділити заходи щодо: удосконалення нормативно-правової бази з питань охорони здоров’я шляхом адаптації її до світових стандартів і вимог Європейського Союзу; визначення пріоритетів надання медико-санітарної допомоги громадянам і встановлення гарантованого державою обсягу безоплатної медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров’я; створення системи охо-

рони здоров’я з визначенням рівних прав для діяльності медичних закладів усіх форм власності, навчальних закладів; створення ефективної системи фінансування охорони здоров’я; упорядкування мережі та удосконалення структури і функцій закладів охорони здоров’я згідно з потребою населення міської і сільської місцевості; проведення перспективних наукових досліджень для розроблення нових медичних технологій; децентралізація управління в галузі охорони здоров’я; створення єдиної системи інформаційного забезпечення; забезпечення підготовки висококваліфікованих фахівців з організації та управління охороною здоров’я; поліпшення медикаментозного і матеріально-технічного забезпечення галузі. Крім того, звернуто увагу на проблеми справедливості і рівності у питаннях охорони здоров’я, етику, деонтологію та соціально-економічний захист медичних працівників.

### **2. Здоров’я населення**

Зазначений блок включає заходи, які стосуються здоров’я жінок, дітей і молоді, працюючого населення, людей похилого віку, інвалідів, постраждалих внаслідок катастрофи на Чорнобильській АЕС. В цьому аспекті акцентується увага на: розробці і впровадженні інформативних скринінгових програм раннього виявлення гінекологічних захворювань у жінок, ускладнень вагітності, пологів та післяпологового періоду; впровадженні регіональних реєстрів вродженої та спадкової патології; створенні належних умов для зміцнення фізичного, психічного та соціального благополуччя дітей і підлітків; розширенні можливостей надання медичної допомоги дітям сільської місцевості; розробці комплексу заходів щодо зниження рівня професійної захворюваності в усіх галузях промисловості і сільському господарстві; розширенні мережі закладів з надання медико-соціальної допомоги особам, що вийшли з працездатного віку; розвитку мережі центрів реабілітації дітей-інвалідів; удосконаленні системи оздоровлення та реабілітації осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи.

Ряд розділів Програми присвячено питанням поширеності та зниження захворюваності на соціально значущі хвороби, зокрема серцево-судинні, злоякісні новоутворення, хвороби крові, кровотворної та лімфоїдної тканин, цукровий діабет, алергії та бронхіальну астму, стоматологічні захворювання, нещасних випадків, травм та отруень, психічні розлади, самогубств, алкоголізму та наркоманії.

### **3. Формування здорового способу життя**

Слід зазначити, що даний блок особливо важливий в методологічному плані, оскільки дає можливість розвитку соціально-психологічних

методів впливу на формування гігієнічної поведінки окремих груп населення. Заходи зазначеного блоку спрямовані на: перетворення санітарної освіти в державну систему безперервного медико-гігієнічного навчання і виховання та здійснення його через системи загальної і професійної освіти, масової інформації, охорони здоров’я, фізичної культури та інші соціальні інститути; засоби масової інформації; наукове обґрунтування, розробку та широке впровадження методів скринінг-тестування здоров’я як невід’ємного елемента системи медико-профілактичних заходів; розширення міжнародного співробітництва з питань формування здорового способу життя, активізацію участі у здійсненні міжнародних проектів і програм.

#### **4. Діяльність санітарно-епідеміологічної служби**

У межах блоку особливу увагу приділено скороченню поширеності інфекційних хвороб. Зокрема передбачено здійснення заходів щодо досягнення належного рівня охоплення населення імунізацією, визначення механізму взаємодії закладів охорони здоров’я усіх форм власності у разі надання медичної допомоги хворим на венеричні захворювання, удосконалення системи державного епідеміологічного нагляду за вірусними гепатитами, забезпечення ефективної роботи з ліквідації вогнищ сказу, розробки вітчизняної протисибіркової абацитарної вакцини, створення та підтримки державного реєстру хворих на туберкульоз.

Значна увага приділена політиці держави з питань довкілля та охорони здоров’я. Це стосується здійснення постійного державного санітарно-епідеміологічного нагляду за станом джерел водопостачання, забезпечення проведення державного моніторингу обґрунтованих показників забруднення атмосферного повітря, розробки комплексних заходів щодо поліпшення якості і безпеки харчових продуктів, розробки національної програми оцінки впливу промислових відходів на стан довкілля і здоров’я населення, забезпечення сприятливих гігієнічних умов для життєдіяльності населення відповідно до санітарного законодавства, норм і правил планування, забудови населених місць та їх благоустрою.

#### **5. Організація медичної допомоги**

Заходи даного блоку пов’язані з вирішенням проблем надання первинної медико-санітарної допомоги. Акцентовано увагу на медичній допомозі сільському населенню, діяльності комунальної служби для громадян з обмеженими можливостями, забезпеченні якісного надання медичної допомоги. Зокрема передбачено поступове переведення роботи всіх ланок ПМСД на засади сімейної медицини, розвиток стаціонарозамін-

них форм надання медичної допомоги, визначення порядку і механізму взаємодії закладів медичної допомоги різних рівнів, удосконалення порядку госпіталізації в стаціонарні заклади, розробку міжгалузевої і регіональних програм поліпшення медичного обслуговування сільського населення, удосконалення мережі служб, які здійснюють медико-соціальне обслуговування, розширення сфери їх діяльності, розробку Державної програми забезпечення якісного надання медичної допомоги. Також у заходах блоку знайшли відображення питання виробництва медико-біологічних препаратів, виробів медичного призначення і забезпечення ними лікувальних закладів та населення.

#### **6. Фінансові та кадрові ресурси охорони здоров’я**

До складу даного блоку входять заходи, які стосуються передбачення поетапного збільшення бюджетних асигнувань на охорону здоров’я під час формування бюджетів усіх рівнів, забезпечення неухильного дотримання принципу збалансованості обсягу гарантованого державою рівня надання населенню медичної допомоги, розробки пропозицій щодо нормативно-правового регулювання механізмів солідарної акумуляції коштів територіальних громад на розвиток охорони здоров’я, створення системи загальнообов’язкового державного соціального медичного страхування.

У межах зазначеного блоку також знайшли відображення заходи щодо реорганізації системи планування та розподілу кадрового потенціалу на основі оптимального співвідношення “лікар – медичний працівник середньої ланки” в бік збільшення кількості середнього медичного персоналу, вдосконалення функціональних обов’язків лікарів з визначенням тих, які можуть передаватися середньому медичному персоналу, реформування системи підготовки та використання у сфері охорони здоров’я медичних сестер, інтегрування вищої медичної освіти України у міжнародну систему освіти.

#### **7. Інформаційне та наукове забезпечення охорони здоров’я**

Заходи, які входять до складу даного блоку, передбачають: розробку програми інформатизації закладів охорони здоров’я; створення інформаційно-аналітичних систем моніторингу та аналізу стану здоров’я населення, санітарно-гігієнічного стану та епідемічних ситуацій, ПМСД, процесу підготовки та перепідготовки фахівців охорони здоров’я, наукових досліджень в галузі медицини; впровадження сучасних патентно-ліцензійних та бібліотечних інформаційних комп’ютерних технологій в обласних закладах охорони здоров’я; проведення сертифікації програмних



продуктів медичного призначення у державній системі сертифікації УкрСЕПРО.

До цього блоку також входять заходи щодо здійснення оптимізації інфраструктури галузевої медичної науки, планування наукових досліджень на конкурсних засадах, активізації роботи з розвитку міждержавного науково-технічного співробітництва, приведення нормативно-правової бази у відповідність до міжнародних норм ефективного розвитку медичної науки.

Таким чином, структурування діяльності системи охорони здоров’я на методологічно поєднані блоки в інформаційному відношенні забезпечує специфічність технології та показників діяльності кожного з них.

Розробка кількісних та якісних показників, що стосуються характеристики відповідних заходів Програми, проводилась в два етапи. На першому етапі фахівці Українського інституту громадського здоров’я вносили пропозиції щодо показників виконання заходів МОЗ і АМН України, які в подальшому проходили експертизу і зводились до уніфікованої форми.

Під час розробки показників насамперед враховували групу виконавців того чи іншого заходу. Виконавців умовно розподілено на 4 групи: 1) міністерства, державні комітети, Державний департамент України з питань виконання покарань (структурні підрозділи апарату міністерств та відомств і підпорядковані їм наукові установи); 2) Національна академія наук, Академія медичних наук, Академія педагогічних наук (президії академій, науково-дослідні установи, підпорядковані академіям); 3) регіональні органи виконавчої влади (Рада Міністрів Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські держадміністрації); 4) ЦК профспілки працівників охорони здоров’я України, Асоціація медичних товариств (регіональні організації).

Враховуючи той факт, що переважну більшість заходів щодо теоретичних розробок і організаційних питань виконують центральні органи виконавчої влади та академії наук, якісний показник виконання цих заходів застосували в такій формі: “перелік розроблених нормативно-директивних документів та організаційних заходів із відповідних питань за звітний період”. Це стосується, наприклад, наступних заходів: створити ефективну систему фінансування охорони здоров’я; пропагувати кращий досвід роботи з реформування системи охорони здоров’я; формувати державну політику і стратегію в галузі охорони здоров’я на основі пріоритетного розвитку ПМСД; здійснювати профілактичні огляди дітей в загальноосвітніх навчальних закладах; запровадити в діяльність лікувально-профілактичних закладів державні соціальні нормативи охорони

здоров’я; розробити та провести заходи, спрямовані на пропаганду здорового способу життя, посилення боротьби з пияцтвом, тютюнокурінням та іншими шкідливими звичками, виховання у населення дбайливого ставлення до свого здоров’я тощо.

У тих випадках, коли заходи стосуються проведення наукових досліджень або наукового обґрунтування для вирішення тих чи інших питань, показником виміру виконання відповідних заходів був перелік НДР, виконавців та термін виконання, отримані результати. Як приклад, можна провести наступні заходи: забезпечити включення до зведених планів наукової тематики науково-дослідних установ МОЗ та АМН України, вищих медичних навчальних закладів МОЗ України на 2003 і наступні роки перспективних наукових досліджень для розробки нових медичних технологій; провести наукове обґрунтування питань генетичного моніторингу методів скринінгу мутагенів у середовищі; забезпечити наукове обґрунтування сучасних методів оцінки та прогнозування здоров’я дітей і підлітків в умовах комплексного впливу несприятливих чинників довкілля; науково обґрунтувати пропозиції щодо розробки Державної програми забезпечення якісного надання медичної допомоги та її прийняття тощо.

Оскільки питання безпосереднього впровадження різних форм і методів профілактики, лікування, реабілітації, формування здорового способу життя, економії охорони здоров’я, формування мережі закладів охорони здоров’я та соціального захисту, їх кадрового, фінансового і матеріально-технічного забезпечення здійснюють регіональні органи влади і підпорядковані їм заклади, установи, організації, підприємства, показники виконання ними заходів мають переважно відповідний специфічний кількісний характер.

На другому етапі було надіслано листи іншим 15 міністерствам, 11 державним комітетам, Державному департаменту України з питань виконання покарань, Національній академії наук, Академії медичних наук, Академії педагогічних наук, ЦК профспілки працівників охорони здоров’я України з проханням розробити якісні та кількісні показники з одиницями їх виміру для заходів, за виконання яких відповідає той чи інший перерахований центральний орган виконавчої влади, з урахуванням наведених зразків. Отримані показники були відкориговані і приведені у відповідну форму.

У зв’язку з тим, що Програма має комплексний міжвідомчий характер, виконання її заходів здійснюється всіма галузями економіки України. Головними відповідальними виконавцями заходів Програми є міністерства, державні комітети

чи академії наук, які записані першими в переліку виконавців. Вони повинні організувати виконання відповідного заходу, яке здійснюється двома шляхами. Перший – збирання пропозиції щодо виконання заходу і узагальнення їх. Другий шлях – самостійна розробка методологічних та методичних підходів до виконання того чи іншого заходу та погодження їх із співвиконавцями. Враховуючи це, крім специфічних якісних та кількісних показників, які характеризують виконання заходів відповідними міністерствами і відомствами, також застосували показник у такому формулюванні: “надано пропозиції відповідальному виконавцю із зазначених питань або погоджено виконання відповідних заходів за звітний період”.

Слід зазначити, що у всіх випадках невиконання тих чи інших заходів Програми всіма міністерствами і відомствами, обов’язково зазна-

чалось, з яких причин вони не виконані. Це дає можливість своєчасного прийняття відповідного управлінського рішення з метою вирішення тих чи інших проблем.

Фахівцями Українського інституту громадського здоров’я розроблена Інструкція з підготовки інформації про стан виконання Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки.

Таким чином, структурування діяльності системи охорони здоров’я на окремі методологічно поєднані блоки, розробка якісних та кількісних показників виконання заходів Програми, розробка Інструкції з питань підготовки та аналізу інформації про стан виконання Програми дали можливість створення передумов для розробки автоматизованої, уніфікованої програми виконання збору, обробки та узагальнення отриманої інформації.

### Список літератури

1. Кудрин В.С. Мониторинг медицинской деятельности в системе ее комплексной оценки // Пробл. соц. гигиены здравоохран. и истории медицины. – 2001. – №2. – С. 26–28.
2. Медик В.А. О разработке мониторинга здоровья населения, среды обитания и деятельности здравоохранения на региональном уровне // Там же. – №1. – С. 14–15.
3. Овчаров В.К. Методологические и организационные подходы к развитию социально-гигиенического мониторинга здоровья населения // Там же. – 2002. – №5. – С. 26–29.
4. Трешутин В.А., Егоров И.А. Социально-гигиенические аспекты мониторинга и оценки эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений // Там же. – 2000. – №2. – С. 36–38.
5. Шияев Д.Р. Концептуальные подходы к формированию системы финансового мониторинга расходов на здравоохранение // Экономика здравоохран. – 2003. – №5–6. – С. 12–20.
6. Щербачев К.П. Использование данных социально-гигиенического мониторинга для оценки влияния факторов среды обитания на здоровье населения // Здравоохран. Рос. Федерации. – 2002. – №5. – С. 28–30.

### МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ, МЕТОДИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ МОНИТОРИНГА ВЫПОЛНЕНИЯ МЕЖОТРАСЛЕВОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ “ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ” НА 2002–2011 ГОДЫ

В.М. Пономаренко, Г.М. Москалец, А.Л. Карлова, Н.М. Лещук, Н.В. Якутович, Т.Н. Смирнова, В.И. Аксенова (Киев)

Проведено структурирование деятельности системы здравоохранения на методологически связанные 7 блоков: государственная политика в сфере здравоохранения, здоровье населения, формирование здорового образа жизни, деятельность санитарно-эпидемиологической службы, организация медицинской помощи, финансовые и кадровые ресурсы, информационное и научное обеспечение здравоохранения. Представлены методологические подходы к разработке качественных и количественных показателей выполнения мероприятий Межотраслевой комплексной программы “Здоровье нации” на 2002–2011 годы.

### METHODOLOGICAL, METHODICAL AND ORGANIZATIONAL ASPECTS OF MONITORING IN EXECUTION OF THE INTER-SECTORAL COMPLEX PROGRAM “HEALTHY NATION” FOR 2002–2011

V.M. Ponomarenko, G.M. Moskalets, A.L. Karlova, N.M. Leschuk, N.V. Yakutovich, T.N. Smirnova, V.I. Aksenova (Kiev)

The structurization of functioning of the public health system according to the following 7 methodologically inter-related blocks has been made: national policy in public health sector, population health, formation of the healthy life style, activity of sanitary and epidemiological services, organization of medical aid, financial and manpower resources, information and scientific provision of the public health. The methodological approaches to the development of qualitative and quantitative indices in implementation of measures of the inter-sectoral complex program “Healthy Nation” for 2002–2011 are given.

УДК 614.2:001.8(477)(1-87)

Г.М. МОСКАЛЕЦЬ, А.Л. КАРЛОВА, Н.В. ЯКУТОВИЧ, Т.М. СМІРНОВА, В.І. АКСЕНОВА  
(Київ)

## СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ МОНІТОРИНГУ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ ТА ЗА КОРДОНОМ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Український інститут громадського здоров'я

Винятково важливим для галузі є вивчення динаміки стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я. За своєю структурою та характером функціонування охорона здоров'я належить до складних відкритих динамічних систем, управління якими потребує ефективного зворотного зв'язку, тобто постійного оперативного забезпечення інформацією від об'єктів управління. Тільки маючи об'єктивну інформацію про результати реформування галузі, можна оцінювати його ефективність, розробляти заходи щодо його коригування. З цією метою впроваджено моніторинг функціонування системи охорони здоров'я.

Аналіз вітчизняних літературних джерел за останні 5 років показав, що моніторинг функціонування системи охорони здоров'я в Україні проводиться за 4 напрямками: 1) моніторинг складових системи охорони здоров'я та їх науковий супровід; 2) моніторинг здоров'я населення, постраждалого внаслідок аварії на ЧАЕС; 3) моніторинг виконання міжнародних, державних та регіональних цільових програм в галузі охорони здоров'я; 4) моніторинг демографічних процесів.

### 1. Моніторинг складових системи охорони здоров'я та їх науковий супровід

Моніторинг складових системи охорони здоров'я та їх науковий супровід здійснює Український інститут громадського здоров'я. Результати зазначеного моніторингу знаходять своє відображення, насамперед, у щорічних доповідях про стан здоров'я населення України та діяльність закладів охорони здоров'я і профільному журналі "Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України". Зазначені літературні джерела містять матеріали аналізу медико-демографічної ситуації в країні, стану здоров'я населення за показниками захворюваності і поширеності хвороб серед різних статевих вікових груп,

інвалідності і смертності, особливостей стану здоров'я постраждалих від наслідків аварії на ЧАЕС. Висвітлюються тенденції та закономірності формування здоров'я, зокрема діяльність закладів охорони здоров'я, яка спрямовується на оздоровлення умов побуту і праці, профілактику та діагностику захворювань, лікування та реабілітацію хворих.

Представлений всебічний аналіз стану здоров'я населення України щорічно та в динаміці п'ятирічного періоду як результат реалізації програмних документів розбудови галузі, виконання поставлених перед медичною сферою завдань. Проаналізовано показники діяльності закладів охорони здоров'я на різних рівнях надання медичної допомоги, стан медичного обслуговування сільського населення, діяльність санітарно-епідеміологічної служби.

В окремих розділах відображено етапи формування нормативно-правової бази, стан інтеграції законодавства України з питань охорони здоров'я до законодавства Європейського Союзу, розбудову економічних засад медичної сфери, її ресурсного забезпечення. Значну увагу приділено таким стратегічним напрямкам, як пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, реструктуризація галузі, впровадження сучасних медичних та організаційних технологій в охорону здоров'я, формування здорового способу життя, забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя, інформатизація, наукова та інноваційна діяльність, міжнародне співробітництво. Визначені шляхи вирішення завдань, що стоять перед галуззю, на перспективу [1, 3, 5, 7, 13, 18, 21–26, 29, 30, 34].

Орієнтиром останнього десятиріччя і на подальшу перспективу для вдосконалення політики в галузі охорони здоров'я в Європі є загальноєвропейська політика "Здоров'я для всіх" (ЗДВ). В Україні моніторинг виконання політики

ЗДВ здійснюється з 1993 р. За рекомендаціями ВООЗ, близько 80% інформації за більше, ніж 250 індикаторами ЗДВ, збирається в країні в базу даних у межах традиційної статистики, решта – шляхом обстежень і опитувань населення. Міністерством охорони здоров’я України та Українським інститутом громадського здоров’я, з урахуванням рекомендацій ВООЗ, розроблена анкета із самооцінки здоров’я та якості життя для заповнення респондентами. Вона містить 17 блоків закритих запитань і варіантів можливих відповідей. Запитання спрямовані на визначення рівня освіти, соціального і професійного статусу, матеріального стану, житлових умов, наявності хвороб і патологічних симптомів фізичного розвитку, особливостей харчування, споживання алкогольних напоїв, куріння, фізичної активності, психоемоційного стану, самооцінки здоров’я. У 1997–1999 рр. шляхом анкетування проведено вибіркоче опитування населення міст 19 областей України та Автономної Республіки Крим. У результаті соціологічного опитування отримані дані за 32 індикаторами ЗДВ [14].

## **2. Моніторинг здоров’я населення, постраждалого внаслідок аварії на ЧАЕС**

Аварія на Чорнобильській АЕС за своїми масштабами і кількістю постраждалого населення, а також числом учасників її ліквідації, не має прецеденту. Тому правомірним є проведення моніторингу системи організаційно-методичних заходів протирадіаційного захисту населення. Даний моніторинг проводить Науковий центр радіаційної медицини АМН України за участю інших наукових установ МОЗ та АМН України.

Насамперед слід зазначити, що науковці обґрунтували функціонування Державного реєстру України (ДРУ) як системи інформаційної підтримки наукових досліджень і медичного моніторингу постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи. Розроблена та апробована система виявлення, реєстрації, експертизи та збереження даних про випадки гемобластозів серед ліквідаторів аварії – підреєстр гемобластозів у ДРУ. Вивчено особливості формування показників здоров’я евакуйованого населення як основи удосконалення медичного забезпечення, визначені тактичні підходи до реалізації профілактичних заходів. Запропоновано особливості методології визначення потреби в медичній допомозі потерпілого населення та її диференціації для певних груп первинного обліку і категорій спостереження з урахуванням віково-статевого складу різних категорій населення.

На основі даних про індивідуальні і колективні дози опромінювання контингентів населення, існуючих регламентів межі ефективних доз опромінювання, вченими Наукового центру радіацій-

ної медицини АМН України визначені категорії підвищеного радіаційного ризику. Під час поглибленого медичного обстеження репрезентативних груп дитячого населення, що входять в клініко-епідеміологічний реєстр, визначено показники патологічної ураженості зазначеного контингенту населення. Доведено, що динаміка зміни здоров’я дітей, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС, характеризується стійкими негативними тенденціями, особливо серед критичних груп.

Висвітлюється досвід та перспективи щодо мінімізації впливу наслідків Чорнобильської катастрофи на стан здоров’я вагітних жінок та їхніх дітей, захворюваності на рак щитоподібної залози у дітей та підлітків протягом 15 років після аварії на ЧАЕС.

Епідеміологічний аналіз здоров’я дорослого населення, евакуйованого із зони відчуження ЧАЕС, показав високі рівні і зростання в динаміці інвалідності та смертності. На радіаційно забруднених територіях зареєстровано зниження чисельності здорових людей і збільшення – з хронічною патологією.

За матеріалами ДРУ вивчається рівень і динаміка захворюваності на злоякісні новоутворення у ліквідаторів та евакуйованих м. Прип’ять і тридцятикілометрової зони. Проведено протягом 10 років комплексне стаціонарне пульмонологічне дослідження ліквідаторів, які страждають на хронічні неспецифічні захворювання легень. Досліджено імунну систему дітей і дорослих, що проживають на забруднених радіонуклідами територіях.

Висвітлені питання поширеності граничних психічних розладів на радіаційно забруднених територіях, етіопатогенетичні аспекти психічних розладів у віддалений період аварії, підвищений рівень психологічної і соціальної дезадаптації та продовження “чорнобильського синдрому” у постраждалих осіб, медико-соціальні аспекти лікування цереброваскулярних порушень у населення, яке зазнало радіаційного впливу малих доз в результаті Чорнобильської катастрофи.

Охарактеризовано динаміку і віково-статеві особливості хронічної непухлинної захворюваності евакуйованого населення в період 1988–1998 рр. порівняно з дорослою популяцією України за аналогічний період, визначено оцінку ефектів внутрішньоутробного опромінення дітей внаслідок Чорнобильської катастрофи, аргументовано вплив радіації на стан системи кровообігу постраждалих, можливості мінімізації їх негативної дії. Розроблено методологічний базис дослідження лейкемії та інших гемобластозів серед потерпілих та на його основі проведено аналіз ризиків виникнення захворювань цієї групи серед учасників ліквідації наслідків аварії [9, 11].



### 3. Моніторинг виконання міжнародних, державних та регіональних цільових програм в галузі охорони здоров'я

Робота за міжнародним проектом "Міста здоров'я" проводиться в Україні з 1994 р. У національну мережу проекту входить 5 міст: Дніпропетровськ, Ужгород, Славутич, Миргород, Ніжин. Про досвід цієї роботи Українським інститутом громадського здоров'я, який є координатором і співвиконавцем проекту, подано інформацію на Міжнародну конференцію "Європейська мережа "Міст здоров'я", яка відбулася в м. Белфасті, Північна Ірландія, Великобританія, 19–22 жовтня 2003 р. Основним у діяльності проекту було відпрацювання демонстраційної моделі "Міста здоров'я" (м. Славутич), в якій особливу увагу приділено впровадженню технологій підвищення потенціалу індивідуального здоров'я. Використовувалась діагностична інформаційно-аналітична комп'ютерна програма "Паспорт здоров'я", в основу якої покладено принцип кількісних оцінок "позитивного здоров'я", що дозволяє визначити потенціал здоров'я людини у взаємозв'язку з умовами і способом життя, призначити план оздоровлення немедикаментозними засобами, впровадити систему моніторингу здоров'я з виходом на створення об'єктивних передумов для управління здоров'ям на індивідуальному, груповому і популяційному рівнях. У процесі роботи було створене інформаційне поле, що характеризує "позитивне здоров'я", а також визначені чинники, які його формують (спосіб життя, соціально-економічні). Програма "Паспорт здоров'я" впроваджена також в інших містах-учасниках проекту [41].

Україна бере участь у виконанні міжнародної програми CINDI (програма боротьби з основними неінфекційними захворюваннями). У її межах в нашій країні проведено 4 кампанії "Quit and Win" ("Не курити і стати переможцем"), які були організовані програмою CINDI–Україна в тісному співробітництві з обласними центрами здоров'я і Київським міським центром здоров'я. Проведення подібних акцій – тільки одна із складових системи організаційних, економічних, юридичних і медичних заходів у боротьбі з курінням [8].

Найбільш масштабними епідеміологічними дослідженнями в Україні, присвяченими вивченню стану здоров'я, можна вважати ті, що виконувались у межах національної програми "Діти України" (затвердженої Указом Президента України від 18.01.95 №63/96), в якій визначено шляхи вирішення проблем охорони здоров'я матерів і дітей в нашій країні. Результати проведених епідеміологічних досліджень в межах цієї програми показали, що негативні показники здоро-

в'я дітей (насамперед дівчаток) ведуть до формування тривожного кола: хвора дівчинка – хвора дівчина – хвора жінка – хвора мати – хвора дитина... Тому першочерговим завданням охорони здоров'я є необхідність розірвати це коло. Це загальна формула індивідуального репродуктивного здоров'я [20].

Найбільш перспективним напрямом зниження захворюваності населення на артеріальну гіпертензію є первинна профілактика, що ґрунтується на виключенні чинників ризику або зменшенні їх впливу. Тому здоровий спосіб життя (ЗСЖ) є найважливішим засобом первинної профілактики артеріальної гіпертензії. Формування у громадян розумного ставлення до власного здоров'я повинно відбуватися за визначеним психологією алгоритмом процесу виховання: знання > переконання > дії. Засоби впливу, які використовують медпрацівники у практичній діяльності (бесіди та короточасні інтервенції з питань ЗСЖ, практичні заняття, інформування населення через засоби масової інформації тощо), повинні застосовуватись відповідно на індивідуальному, груповому та популяційному рівнях [10].

Передовий досвід Кіровоградської області щодо виконання національної Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні свідчить, що профілактичні заходи призвели до збільшення кількості виявлених хворих на артеріальну гіпертензію та поліпшення якості їх лікування і медикаментозного забезпечення. Так, поширеність гіпертонічної хвороби збільшилась, стабілізувалась смертність від хвороб системи кровообігу, зменшилась смертність від мозкових інсультів у чоловіків працездатного віку, стабілізувались показники виходу на первинну інвалідність серед дорослого населення від хвороб системи кровообігу, спостерігається динаміка зменшення захворюваності з тимчасовою втраченою працездатності при гіпертонічній хворобі [2].

У межах комплексної програми "Цукровий діабет" (затвердженої Указом Президента України від 21.05.99 №545/99) кардинально вирішена проблема забезпечення хворих на цукровий діабет високоякісним інсуліном вітчизняного та імпортного виробництва. Однак забезпечення пероральними цукрознижувачими засобами становить лише 30 %. Проводиться робота щодо створення кабінетів з навчання хворих самоконтролю своєї хвороби. Фактично в усіх областях України створені районні реєстри хворих на паперових носіях, розроблені всі необхідні комп'ютерні програми для реєстрів, розпочата робота щодо формування Державного реєстру хворих на цукровий діабет I типу. З метою ранньої діагностики цукрового діабету і профілактики його



ускладнень в ряді областей запроваджуються кабінети “Діабетичної ступні”, “Діабетичної ретинопатії” тощо. Розроблені стандарти для ранньої діагностики цукрового діабету та його ускладнень [31].

У порядку реалізації Київської міської комплексної програми “Цукровий діабет” створене диспансерне відділення при Київській міській клінічній ендокринологічній лікарні, яке має удосконалити систему диспансерного спостереження та лікування хворих на цукровий діабет. На базі диспансерного відділення відкрита та активно працює школа самоконтролю для хворих. Розроблена та впроваджена в повсякденну практику нова система обліку хворих на цукровий діабет, особливо з інсулінозалежною формою. Для створення міського реєстру хворих заповнені і зібрані карти “Синадіаб”. Підготовлено і проведено ряд тендерів щодо закупівлі інсулінів, чим цілком задовольняється потреба хворих міста в інсулінах необхідних видів [19].

На виконання Указу Президента України від 26.03.2001 №203 “Про Національну програму “Репродуктивне здоров’я 2001–2005” розпорядженням Кабінету Міністрів України від 29.03.2002 №161-р затверджена концепція безпечного материнства. Впровадження основних положень зазначеної концепції створить базис для вирішення проблем збереження здоров’я населення, протидії демографічній кризі, зниження рівня материнської захворюваності і смертності.

Для досягнення мети благополучного материнства необхідні одночасні дії за наступними напрямками: зниження числа небажаних вагітностей і вагітностей, що супроводжуються високим ризиком; зменшення частоти акушерських ускладнень; зниження рівня смертності серед жінок з ускладненнями; зниження рівня перинатальної патології; зниження частоти малюкової захворюваності і смертності.

Система підготовки професіоналів з проблеми безпечного материнства потребує включення в програми вищих медичних навчальних закладів на етапах дипломної і післядипломної освіти питань збереження репродуктивного здоров’я і статевих виховання підлітків, навчання працівників сфери охорони здоров’я сучасним принципам грудного вигодовування, розробки планів підготовки та перепідготовки сімейних лікарів і середнього медичного персоналу з проблем збереження репродуктивного здоров’я населення [6].

Основоположними принципами Програми профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2001–2003 рр. (затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 11.07.2001 № 790) є: визначення проблеми ВІЛ/СНІДу одним з пріоритетів дер-

жави в галузі соціального розвитку і охорони здоров’я; забезпечення міжвідомчого підходу до реалізації профілактичних заходів; адресність заходів із визначенням уразливих щодо інфікування груп, увага до забезпечення медико-соціальною допомогою людей, у яких діагностовано ВІЛ/СНІД [15].

Згідно з розпорядженням Київської міської держадміністрації від 21.12.2000 №2298 “Про затвердження Програми профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу в м. Києві на 2000–2005 рр.”, Головним управлінням охорони здоров’я та медичного забезпечення м. Києва розроблено ряд важливих нормативних документів з питань удосконалення профілактичної роботи та організації надання медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію та СНІД. В ході реалізації програмних заходів щодо профілактики розповсюдження ВІЛ-інфекції в м. Києві було зосереджено увагу медичних працівників усіх ланок на проблемі своєчасного виявлення в лікувальних закладах хворих на ВІЛ/СНІД. Розвиток та складність епідемічної ситуації в м. Києві призвели до необхідності створення спеціалізованого медичного закладу для надання консультативної, амбулаторної, діагностичної та профільної стаціонарної допомоги населенню міста [35].

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 20.06.2000 №989 “Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров’я” Українським інститутом громадського здоров’я створено модель моніторингу реорганізації ПМСД на засадах сімейної медицини. У межах створення цієї моделі було обґрунтовано принципи, програму, методичні підходи та порядок проведення моніторингу, необхідний інструментарій та набір показників для оцінки динаміки і рівня розвитку сімейної медицини в різних регіонах, якості та ефективності надання медичної допомоги населенню на засадах сімейної медицини, опрацьовано систему інформаційно-аналітичної підтримки здійснення моніторингу. Протягом 2001–2002 рр. у вітчизняній медичній галузі відбулися помітні позитивні зрушення в діяльності закладів (підрозділів), що працюють на сімейних засадах [27].

#### **4. Моніторинг демографічних процесів**

Науково-дослідний економічний інститут Міністерства економіки та з питань європейської інтеграції України та НДІ соціального захисту населення проводить моніторинг соціальних процесів в Україні. Робота охоплює концептуальні положення та напрями трансформування соціальної політики в умовах перехідної економіки, огляд сучасних теоретичних концепцій соціальної політики держав з ринковою економікою, а також містить методологічні принципи та мето-

дичні підходи до побудови моніторингу, аналізу та прогнозування основних соціальних процесів.

Зокрема здійснюється вивчення демографічних процесів населення шляхом моніторингу, що є одним з найголовніших компонентів комплексного дослідження сучасного стану демографічної ситуації, прогнозування її майбутнього розвитку за критеріями стабілізації та ефективності відтворення населення [12].

Таким чином, до 2003 р., в Україні проводився моніторинг тільки складових системи охорони здоров'я: стан здоров'я населення (демографічні процеси, захворюваність, репродуктивне здоров'я, здоров'я постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС); формування здорового способу життя; впровадження принципів Європейської політики "Здоров'я для всіх" в охорону здоров'я України та їх реалізація; нормативно-правова база охорони здоров'я; економіка охорони здоров'я; кадрове забезпечення охорони здоров'я; медична допомога населенню (профілактика і лікування артеріальної гіпертензії, цукрового діабету, ВІЛ-інфекції/СНІДу; впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я); охорона здоров'я дітей та жінок; стан санітарно-епідемічного благополуччя населення; соціально-гігієнічні дослідження; інформатизація охорони здоров'я.

Медико-соціальним аспектам моніторингу здоров'я населення приділяють увагу і науковці Росії. Виходячи з позиції теорії управління, моніторинг здоров'я не має самостійного значення, а є тільки ланкою (елементом) у ланцюзі управління між об'єктом управління та засобом порівняння (функціональним перетворювачем) бажаного і дійсного результатів управління.

Щодо внутрішньої складової здоров'я, то вона об'єктивно оцінюється та добре контролюється спеціалістами-медиками, а в їх особі системами охорони здоров'я та соціального захисту. У цьому (назвемо його першим) контурі управління здоров'ям населення використовуються традиційні показники, такі як народжуваність, тривалість життя, захворюваність тощо. Зі створенням територіальних систем моніторингу здоров'я, в оцінках якого будуть використані звичні для системи охорони здоров'я показники (але не усереднені, а прив'язані до конкретних людей), буде створена система управління цією складовою здоров'я в традиційному для теорії управління значенні.

Спроба управління здоров'ям здорових та працездатних людей потребує створення ще одного (другого), якісно іншого контуру управління, ніж у першому випадку. Об'єкт управління тут той же самий – здоров'я населення, проте інформація, що у ньому використовується, – інша,

пов'язана з самооцінкою людини свого здоров'я і з уявленнями щодо благополуччя населення осіб, які приймають рішення (фінансують процес досягнення мети).

І, нарешті, необхідно згадати третій контур управління, що існував завжди та в основі якого знаходиться природний інстинкт самозбереження. У цьому контурі об'єктом – власним здоров'ям та безпекою – управляє сама людина, виконуючи одночасно функції всіх вище перерахованих засобів. Функціонують вони відповідно до процесів корекції та адаптації, достатньо добре вивчених (та які вивчаються) у біології і суміжних науках. З погляду теорії управління цей контур відповідає всім вище перерахованим умовам і принципу зворотного зв'язку [4].

Всі інститути гігієнічного й епідеміологічного профілю МОЗ Росії та РАМН задіяні в Комплексному плані заходів щодо реалізації постанови Уряду Російської Федерації від 01.06.2000 № 426 "Про затвердження Положення про соціально-гігієнічний моніторинг", розробки проекту науково-технічної програми "Невідкладних заходів щодо наукового і методичного забезпечення розвитку, впровадження та інтеграції системи соціально-гігієнічного моніторингу в діяльності державної санітарно-епідеміологічної служби та органів охорони здоров'я на 2002-2005 роки".

У зв'язку з розширенням числа учасників соціально-гігієнічного моніторингу (СГМ) виникла необхідність вирішувати складні організаційні проблеми з включення міністерств і відомств у міжвідомчу взаємодію, побудови міжвідомчих інформаційних каналів для вирішення таких завдань: формування державного фонду інформаційних ресурсів в галузі забезпечення санепідблагополуччя населення; виявлення причинно-наслідкових зв'язків на основі системного аналізу й оцінки ризику здоров'я населення; програмно-технічне, лабораторно-діагностичне забезпечення СГМ на основі сучасних інформаційно-аналітичних технологій та програмно-апаратних комплексів; міжвідомча координація із забезпечення санепідблагополуччя населення при прийнятті управлінських рішень на рівні федеральних органів виконавчої влади суб'єктів Російської Федерації, органів місцевого самоврядування [17].

Відповідно до постанови Уряду Російської Федерації, на базі Медичного радіологічного наукового центру РАМН був створений і функціонує Російський Державний медико-дозиметричний реєстр осіб, що зазнали впливу радіації в результаті Чорнобильської аварії. На січень 1998 р. у базі даних реєстру знаходиться медико-дозиметрична інформація на 508236 чоловік, у тому числі на 167726 ліквідаторів Чорнобильської аварії і 302602 жителів територій Росії, забрудне-

них радіонуклідами. Одним з найбільш значних наслідків Чорнобильської аварії є зростання захворюваності на рак щитоподібної залози серед дітей і підлітків (на момент аварії) і серед ліквідаторів. Радіоепідеміологічний аналіз даних на чотирьох найбільш забруднених територіях Росії (Брянська, Калузька, Орловська і Тульська області) дозволяє зробити наступні висновки: статистично значуще зростання показників захворюваності на рак щитоподібної залози спостерігається з 1991 р., ризик розвитку раку щитоподібної залози в дітей у віковій групі 0-4 років у 6-10 разів вищий, ніж у дорослих [33].

Аналіз результатів оцінки стану здоров’я постраждалих у результаті катастрофи на Чорнобильській АЕС, що постійно проводиться установами МОЗ Білорусії, вказує на несприятливі зміни багатьох його показників. Результати епідеміологічних досліджень онкологічної захворюваності у цілому в республіці та окремо по регіонах у до- і післяаварійні періоди дозволили зробити висновок, що в республіці за останні 10 років продовжується зростання злоскісних новоутворень легенів, щитоподібної залози, нирки, сечового міхура, ободової і прямої кишки, молочної залози, яєчників. Накопичені дані дозволяють припускати, що збільшення захворюваності на рак легенів, молочної залози, сечового міхура, нирки може бути пов’язане із впливом радіаційного фактора [16].

Центром контролю і профілактики захворювань (США) було опубліковано керівні принципи організації оцінки системи спостереження за суспільним здоров’ям (СССЗ), яку потрібно періодично виконувати для того, щоб упевнитися, що проблеми суспільного здоров’я ефективно контролюються. СССР включає збирання, аналіз, інтерпретацію, дисемінацію даних стосовно здоров’я для використання в системі ОЗ з метою зниження захворюваності і смертності та покращення здоров’я. Дані СССР доцільно використовувати для проведення програм та акцій, спрямованих на підвищення здоров’я, розробки бази для епідеміологічних досліджень, контролю тенденцій захворюваності тощо. Оцінка СССР повинна містити рекомендації щодо підвищення якості, ефективності, корисності. Мета даних оновлених керівних принципів – організація оцінки СССР, яка складається з характеристики щодо її простоти, гнучкості, якості даних, прийнятності, чутливості, позитивної прогностичної цінності, репрезентативності, своєчасності, стабільності. СССР слугують для інтеграції систем спостереження та інформаційних систем, для створення стандартів даних, для електронного обміну даними стосовно здоров’я, для поліпшення відповіді на можливу появу нових захворювань [39].

Серед національних цілей Програми здоров’я, розрахованої на період до 2010 р., – підвищення якості життя, обумовленого здоров’ям (ЯЖОЗ), та усунення нерівності при наданні медичної допомоги населенню США. З метою оцінки досягнень на цьому шляху у країні проведено огляд щодо ЯЖОЗ дорослого населення. Виявилось, що 21,9% населення оцінили своє здоров’я як погане. Найбільшу частину цієї групи склали особи віком >65 р. з прибутком нижче федерального рівня бідності, іспанського походження та ті, що не мають вищої освіти. Найчастіше почували себе погано жінки, особи з діагностованою депресією та різними хронічними захворюваннями. Виявлено, що найсильніша нерівність щодо ЯЖОЗ спостерігається між представниками різних соціально-економічних шарів населення, що не йде всупереч з висновком попередніх досліджень про наявність взаємозв’язку між низьким соціально-економічним статусом і незадовільним рівнем здоров’я [37].

Центр контролю за захворюваннями і Рада епідеміологів США рекомендують у всіх штатах і територіях країни здійснити обстеження на ВІЛ/СНІД з метою визначення всіх випадків вірусносійства і захворюваності на СНІД. Вважається, що завдяки даним, отриманим у результаті цього обстеження, з’явиться можливість посилити дії місцевих, державних і федеральних служб щодо профілактики ВІЛ-трансмисії, покращити схеми розміщення ресурсів для відповідних лікувальних закладів. Після проведення обстеження рекомендується зібрати бази даних, які б включали уніфіковані визначення пацієнта, демографічну інформацію, місце проживання, схильність до ризику ВІЛ-інфекції, дату діагностування тощо. Центр надасть технічну допомогу відділенням ОЗ для проведення обстеження і збору даних. Вся інформація повинна бути закодована, а доступ до неї – обмежений; використання даних для наукових цілей повинно підкріплюватись відповідним дозволом [36].

З метою покращення охорони громадського здоров’я останніми роками в Канаді розроблена та впроваджується Національна програма “Здорове суспільство та гарантування безпеки споживачів”. Основною метою програми є створення сприятливих умов для здорового способу життя, гарантування безпеки на робочих місцях та забезпечення оздоровлення, а також підвищення рівня якості виробництва та продуктів споживання на ринку Канади.

Одним із основних напрямів програми є здійснення контролю за курінням тютюну. Значну роль у формуванні державної політики щодо протидії тютюнокурінню здійснює недержавна громадська професійна організація лікарів Канади – Канадська медична асоціація (КМА).

Діяльність КМА стосується: законодавчого забезпечення та державного регулювання виготовлення, збуту та вживання тютюнових виробів; рекламування тютюнових виробів та сприяння курінню; регулювання процесу виробництва та продажу тютюнових виробів; встановлення цін на тютюнові вироби; зниження рівня вживання тютюну у групах найбільшого ризику; контроль за курінням у громадських місцях; збільшення ролі лікарів та сфери охорони здоров'я у суспільстві [37].

Аналіз звітів міністерств охорони здоров'я Панамериканського регіону, які працюють за Програмою по діабету показав, що кожна країна розробила свою національну програму. Першочергові кроки полягали у плануванні місцевих завдань, підготовці національних показників щодо захворюваності на діабет, розробці та впровадженні національних показників щодо захворюваності на діабет, розробці та впровадженні національних стратегій і планів. Проведений аналіз свідчить, що у більшості країн діабет розуміють як важливу проблему суспільної охорони здоров'я. Після виконання першого етапу зроблено декілька загальних висновків: необхідна широка участь багатьох урядових та громадських організацій аби проблема дійсно досягла рівня національної політики; сприйняття інтегративної моделі програми; обов'язковість постановки релевантних до процесу завдань, спрямованих на досягнення успіху в короткий термін; критичне ставлення до розроблених локальних завдань у межах загального управлінського підходу. Ці висновки слугуватимуть як базові, відносно яких передбачається порівнювати теперішні та майбутні розробки [41].

Досвід роботи Європейської мережі "Міста здоров'я" представлено у матеріалах Міжнародної конференції (19–22 жовтня 2003 р., м. Белфаст, Північна Ірландія). Національні мережі міст здоров'я (МЗ) є стрижнем для розвитку МЗ-руху в Європі. Вони надають політичну, стратегічну і технічну підтримку своїм містам-членам, накопичують досвід з використання національних ресурсів і сприяють прогресивному розвитку цього напрямку. Досвід МЗ є динамічною платформою для пропаганди можливостей поліпшення суспільного здоров'я на національному і міжнародному рівнях. Кожна національна мережа МЗ унікальна – вона розвивається відповідно до потреб/проблем міст-членів, до наявних місцевих ресурсів, з урахуванням культури і законодавства країни-учасниці Проекту. Дана публікація включає дві частини: аналіз комплексної роботи і досягнень національних мереж у Європейському регіоні в цілому і характеристику кожної з них з акцентом на її специфічні осо-

бливості, досягнуті успіхи і прогнози/плани на майбутнє [38].

У Нідерландах не існує системи тотального нагляду, через яку лікар загальної практики подає відомості про характер захворюваності, про контакти пацієнта тощо у вищій інстанції (наприклад, у Міністерство охорони здоров'я). На рівні первинної медичної допомоги практикується система моніторингу сигнальної ділянки (sentinel site monitoring). Біля 5 % усіх загальних ділянок постійно збирають відомості для використання на вищому рівні. Ці ділянки підбираються таким чином, щоб їх дані були репрезентативними на національному рівні. Вони надають такі додаткові повідомлення про своїх пацієнтів, як вік, професія, вид страхування, рівень освіти, склад сім'ї тощо. Ці повідомлення обробляються та аналізуються в університетах і в Національному інституті вивчення первинної медичної допомоги, що дозволяє вивчати взаємозв'язок між різними факторами. Цей вид моніторингу вкрай важливий для виявлення факторів ризику (ФР) та груп ризику [32].

Таким чином, у більшості країн близького та далекого зарубіжжя проводиться моніторинг функціонування системи охорони здоров'я, як на основі національних програм здоров'я так і державних цільових програм.

Огляд літературних джерел з питань моніторингу системи охорони здоров'я засвідчив актуальність зазначеної проблеми. У зв'язку з цим та в розвиток загальноєвропейської програми "Здоров'я для всіх" в Україні розроблена Міжгалузева комплексна програма "Здоров'я нації" на 2002–2011 рр. (затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 10.01.2002 №14). Це унікальний нормативно-правовий акт, який охоплює діяльність усіх галузей народного господарства та державні цільові програми, що стосуються питань охорони здоров'я. Виконавцями зазначеної програми на державному рівні є 16 міністерств України, 11 державних комітетів, Державний департамент України з питань виконання покарань, Національна академія наук, Академія медичних наук, Академія педагогічних наук, ЦК профспілки працівників охорони здоров'я. Така масштабна програма виконується в Україні вперше. Розроблені аналогічні регіональні програми, виконавцями яких є Рада міністрів Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські держадміністрації.

Згідно з наказом МОЗ України від 26.12.2002 №492, Українському інституту громадського здоров'я доручено забезпечити науковий супровід завдань Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002–2011 рр. та постійний моніторинг її реалізації.



Отже, з 2003 р. в Україні розпочато проведення моніторингу функціонування системи охорони здоров’я, що охоплює всі її компоненти з урахуванням їх методологічної єдності, яка сприяє застосуванню єдиної системи

показників комплексного виконання різними галузями України заходів щодо поліпшення стану громадського здоров’я населення та ефективної діяльності закладів охорони здоров’я.

### Список літератури

1. Аналіз і оцінка обсягів і причин звертання дітей до спеціалістів дитячих поліклінік / О.О. Дудіна, О.М. Ціборовський, Т.М. Мазур, Л.В. Чурсіна // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров’я України. – 1999. – №1. – С. 132–137.
2. Бондаренко В.В., Тарасенко Є.О., Покрова В.Д. та ін. Передовий досвід Кіровоградської області по виконанню Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні // Там же. – 2002. – №2. – С.82–84.
3. Грузєва Т.С. Фактори ризику в формуванні здоров’я населення // Там же. – 2003. – №2. – С. 9–16.
4. Дартау Л.А., Захаров В.Н. Медико-социальные аспекты мониторинга здоровья населения // Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. – 1999. – №3. – С. 10–14.
5. Євсєєв В.І. Розвиток ринкових відносин в інноваційній сфері як умова ефективної технічної перебудови охорони здоров’я // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров’я України. – 1999. – №2. – С. 51–53.
6. Запорожан В.Н., Низова Н.Н., Иркина Т.К. Перспективы внедрения программы “Безопасное материнство” в Украине // Репродуктив. здоровье женщины. – 2002. – №3(12). – С. 9–12.
7. Здоров’я населення України та діяльність лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров’я (Щорічна доповідь. 1998 рік) / За ред. Міністра охорони здоров’я України Р.В. Богатирьової. – К., 1999. – 594 с.
8. Кваша Е.А., Смирнова И.П., Горбась И.М., Давыденко Н.В. Эффективность международной антитабачной кампании “QUIT AND WIN” в Украине, уроки и перспективы // Матеріали конф. “Сучасні підходи до профілактики тютюнокуріння, алкоголізму, наркоманії та СНІДу”. – К., 2003. – С. 21–22.
9. Матеріали 2-й Міжнародної конференції “Отдаленные последствия Чернобыльской катастрофы”, Киев, 1–6 июня 1998 г. / Под ред. А.И. Нягу, Г.Н. Сушкевича. – К.: Чернобыльинтеринформ, 1998. – 653 с.
10. Методи, засоби та зміст пропаганди здорового способу життя з метою профілактики артеріальної гіпертензії: Метод. рекомендації / Укл. Г.М. Жуков, Ф.П. Ринда, І.В. Навчук, В.Е. Кардаш. – Київ – Чернівці: УГІЗ, БДМА, 2003. – 23 с.
11. Міжнародна конференція “П’ятнадцять років Чернобыльської катастрофи. Досвід подолання”, Київ, 18–20 квітня, 2001: 36. тез. – К., 2001. – 450 с.
12. Моніторинг соціальних процесів в Україні / За ред. І.К. Бондар, Г.В. Ярошенко, В.І. Науменко, Н.А. Соколенко. – К.: Знання, 1999. – 260 с.
13. Москаленко В.Ф. Стан формування нормативно-правової бази з питань охорони здоров’я України та відповідність наказів МОЗ чинному законодавству // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров’я України. – 2000. – №1. – С.26–28.
14. Москаленко В.Ф., Пономаренко В.М. Самооцінка здоров’я – складова частина моніторингу європейської політики “Здоров’я для всіх” в Україні // Там же. – 2002. – №1. – С. 5–10.
15. Москаленко В.Ф., Щербінська А.М. 2002 рік – рік боротьби зі СНІДом в Україні: стратегія і тактика // Охорона здоров’я України. – 2002. – №1(4). – С. 4–8.
16. Мрочек А.Г. Состояние здоровья населения республики Беларусь в отдаленный период Чернобыльской катастрофы // Матеріали 2-й Міждунар. конф. “Отдаленные медицинские последствия Чернобыльской катастрофы”, Киев, 1–6 июня 1998 г. / Под ред.: А.И. Нягу, Г.Н. Сушкевича. – К.: Чернобыльинтеринформ, 1998. – 90 с.
17. Онищенко Г.Г. Состояние и перспективы социально-гигиенического мониторинга // Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. – 2002. – №2. – С. 23–29.
18. Охорона здоров’я України: результати діяльності (Щорічна доповідь. 1999 рік) / За ред. Міністра охорони здоров’я України В. Москаленка. – К., 2000. – 512 с.
19. Пешко А.О. Інформація про хід виконання комплексної програми “Цукровий діабет” за період з 2000 по 2001 рік у м. Києві // Діабетол. вісн. – 2002. – №2. – С. 5–7.
20. Подольський В.В., Шкиряк-Нижник З.А., Горовенко Н.Г. и др. О необходимости компьютерной базы данных для определения состояния репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста // Здоровье женщины. – 2003. – №2(14). – С. 76–81.
21. Пономаренко В.М., Кальниш В.В., Майоров О.Ю. Шляхи інформатизації медичної галузі // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров’я України. – 2000. – №2. – С. 54–58.
22. Пономаренко В.М., Москалець Г.М. Забезпечення населення України медичними кадрами (за останнє десятиріччя) // Там же. – 2001. – №4. – С.77–85.
23. Пономаренко В.М., Москалець Г.М., Карлова А.Л. та ін. Пріоритетні напрями наукових досліджень з проблеми “соціальна медицина” у медичній науці України за даними експертної оцінки // Там же. – 2002. – №3. – С. 49–56.
24. Пономаренко В.М., Медведовська Н.В. Рейтингова оцінка та вибір рейтингового методу в аналізі діяльності закладів охорони здоров’я // Там же. – 2003. – №1. – С. 39–41.



25. Пономаренко В.М., Ринда Ф.П. Шляхи подолання епідемії тютюнокуріння в Україні // Матеріали конф. "Сучасні підходи до профілактики тютюнокуріння, алкоголізму, наркоманії та СНІДу". – К., 2003. – С. 15–17.
26. Пономаренко В.М., Ціборовський О.М., Польшенко В.І. та ін. Концепція реформування первинної медико-санітарної допомоги // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 1999. – №1. – С. 67–73.
27. Пономаренко В.М., Ціборовський О.М., Галієнко Л.І. Розвиток сімейної медицини в Україні: стан, здобутки, перспективи // Там же. – 2003. – №3. – С. 5–9.
28. Солоненко І.М., Жаліло Л.І., Левченко Л.С. та ін. Законодавче забезпечення протидії тютюнокурінню: досвід Канади // Матеріали конф. "Сучасні підходи до профілактики тютюнокуріння, алкоголізму, наркоманії та СНІДу". – К., 2003. – С. 18–20.
29. Стан здоров'я населення України та результати діяльності закладів охорони здоров'я (Щорічна доповідь. 2000 рік) / За ред. Міністра охорони здоров'я України В. Москаленка. – К., 2001. – 304 с.
30. Стан здоров'я населення України та діяльність медичної галузі (2001 р.). – К., 2002. – 384 с.
31. Тронько М.Д. Комплексній програмі "Цукровий діабет" три роки // Діабетол. вісн. – 2002. – №2. – С. 3–4.
32. Фокко де Вриз. Моніторинг здоров'я на рівні первинної медичної допомоги и его значение для профилактических мероприятий в Нидерландах // Профилактика и укрепление здоровья. – 2000. – Т. 3, №5. – С. 40–44.
33. Цыб А.Ф., Иванов В.К. Отдаленные радиологические последствия Чернобыльской аварии // Материалы 2-й Междунар. конф. "Отдаленные медицинские последствия Чернобыльской катастрофы", Киев, 1–6 июня 1998 г. / Под ред.: А.И. Нягу, Г.Н. Сушкевича. – К.: Чернобыльинтеринформ, 1998. – 150 с.
34. Чепелевська Л.А. Медико-демографічна ситуація в незалежній Україні // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2002. – №2. – С. 87–89.
35. Юрченко О.В. Досвід організації профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу серед населення м. Києва // Матеріали конф. "Сучасні підходи до профілактики тютюнокуріння, алкоголізму, наркоманії та СНІДу". – К., 2003. – С. 91–98.
36. CDC guidelines for National Human Immunodeficiency Virus Surveillance, including monitoring for Human Immunodeficiency Virus infection and acquired Immunodeficiency Syndrome // MMWR. – 1999. – Vol. 48, №RR – 13. – P. 1–22.
37. Health – related quality of life – Los Angeles county, California, 1999 // MMWR. – 2001. – Vol. 50, №26. – P. 556–559.
38. National Health cities networks. A powerful force for health and sustainable development in Europe. – WHO. Copenhagen, 2003. – 90 p.
39. Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems // MMWR. – 2001. – Vol. 50, №RR – 13. – P. 1–36.
40. Victor Ponomarenko. Profiles of the national healthy cities networks. A powerful force for health and sustainable development in Europe. – WHO. Copenhagen, 2003. – P. 82–83.
41. White F., Nahan D. Status of national diabetes programmes in the Americas // Bull. WHO. – 1999. Vol. 77, №12. – P. 981–987.

### **СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ МОНИТОРИНГА ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ И ЗА РУБЕЖОМ (обзор литературы)**

Г.М. Москалец, А. Л. Карлова, Н.В. Якутович, Т.Н. Смирнова, В.И. Аксенова (Киев)

Дан анализ отечественных и зарубежных литературных источников по проблеме проведения мониторинга функционирования системы здравоохранения. Подчеркнуто, что в Украине мониторинг ведется по 4 направлениям: мониторинг составляющих системы здравоохранения и их научное сопровождение; мониторинг здоровья населения, пострадавшего вследствие аварии на ЧАЭС; мониторинг выполнения международных, государственных и региональных целевых программ в отрасли здравоохранения; мониторинг демографических процессов. В большинстве стран ближнего и дальнего зарубежья мониторинг функционирования системы здравоохранения ведется как на основе национальных программ здоровья, так и государственных целевых программ.

### **MODERN STATE OF THE PROBLEM ON MONITORING OF THE PUBLIC HEALTH SYSTEM FUNCTIONING IN UKRAINE AND ABROAD (review of the literature)**

G.M. Moskalets, A.L. Karlova, N.V. Yakutowits, T.N. Smirnova, V.I. Aksenova (Kiev)

The analysis of national and foreign literature sources concerning the problem of monitoring of the public health system functioning is given. It is underlined that in Ukraine the monitoring is being carried out by 4 directions: monitoring of constituents of the public health system and their scientific support; monitoring of the health of the population suffered from the Chernobyl accident; monitoring of execution of international, national and regional target programs in the public health sector; monitoring of demographic processes. In most countries the monitoring of the public health system functioning is carried out basing both on national health programs and on state target programs.

*Т.С. ГРУЗЄВА (Київ)*

## ДОСЛІДЖЕННЯ ВІДМІННОСТЕЙ У СТАНІ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ МАТЕРІАЛЬНОГО ДОБРОБУТУ

Український інститут громадського здоров'я

Збереження і зміцнення здоров'я населення України та забезпечення рівності в питаннях охорони здоров'я, яке є орієнтиром державної політики у медичній сфері, вимагає поглибленої оцінки ситуації щодо здоров'я різних прошарків населення, виявлення та аналізу відмінностей в окремих показниках для обґрунтування заходів щодо скорочення нерівностей.

На це спрямована стратегія Всесвітньої організації охорони здоров'я, яка передбачає забезпечення справедливості і рівності в питаннях охорони здоров'я між окремими країнами та окремими соціальними групами в них шляхом поліпшення здоров'я вразливих верств населення та соціально-економічних умов, які впливають на здоров'я [6].

Відомо, що рівень економічного розвитку країни та матеріальний добробут громадян є важливими детермінантами здоров'я.

У тих країнах Європи, де внутрішній валовий продукт на душу населення перевищує 26 тис. доларів, а на охорону здоров'я витрачається з нього 8 %, очікувана тривалість життя становить понад 80 років. Водночас в країнах з низьким рівнем валового продукту на душу населення, зокрема в Україні, Російській Федерації, Молдові, де він становить 2 – 7 тис. дол. США, та загальних витратах на охорону здоров'я від 2,9 до 4,2 %, очікувана тривалість життя знаходиться в межах 71,4 – 73,6 років [4].

Наукові дослідження та статистичні дані свідчать про існування суттєвих розбіжностей у рівнях захворюваності і смертності окремих контингентів населення [14, 17, 20].

Зокрема імовірність смертності у віці до 5 років варіює від 3-8 % у жіночого населення країн Європейського Союзу до 30-70 % у Казахстані, Туреччині, Албанії. Показник імовірної смертності чоловіків у віці 15-59 років коливається від 18-149 % у більшості розвинених європейських країн до 300-404 % у Республіці Беларусь, Російській Федерації, Україні.

Смертність немовлят у Фінляндії і Швеції становить 3,2-3,4 ‰ на 1000 народжених живими, тоді як в Україні її рівень складає 10,6 ‰, Російській Федерації – 14,6 ‰, Туркменістані – 32,8 ‰, Туреччині – 40,0 ‰. Смертність від хвороб системи кровообігу в країнах Європейського регіону відрізняється в 8 разів, у тому числі від цереброваскулярних хвороб у 18 разів, від раку – в 3,5 рази, туберкульозу – в 43 рази [10]. Аналогічні тенденції прослідковуються щодо захворюваності населення на гепатит В, сифіліс.

Характерною особливістю, властивою усім країнам, є те, що групи суспільства, які знаходяться у несприятливому соціальному становищі, несуть на собі більший тягар захворювань і вразливіші до шкідливих для здоров'я чинників. Ситуація ускладнюється тим, що служби охорони здоров'я для них часто є менш доступними, особливо через невідповідне розташування місць проживання, хоча потреба у медичному обслуговуванні у цих прошарків населення є найбільш гострою.

До груп високого ризику належать люди з низькими доходами або недостатнім рівнем освіти, сім'ї лише з одним із батьків, самотні люди похилого віку, інваліди, безробітні, мігранти тощо. Цей несправедливий з моральної точки зору розподіл чинників ризику і загроз для здоров'я призводить до значних економічних втрат та розбазарювання людських ресурсів і талантів, які можна було б використати на благо суспільства [3].

На існуючі проблеми рівності в питаннях здоров'я окремих груп населення вказують результати досліджень, проведених у Російській Федерації, Литві, Нідерландах, Великобританії [1,8,11,12,18]. Вплив соціально-економічних чинників на популяційне здоров'я на рівні держави досліджувався і в роботах вітчизняних учених [5, 9].

Обумовлені соціально-економічними чинниками відмінності в стані здоров'я є головним орієнтиром політики охорони здоров'я. Тому моніторинг виразності цих відмінностей є необхідною умовою оцінки ефективності заходів щодо реалізації політики здоров'я для всіх.

Надзвичайно важливим є питання методології проведення таких досліджень, узагальнених критеріїв, вимірювачів ступеня виразності відмінностей в здоров'ї. Потребує узагальнення проблема вибору, застосування певних методів, інтеграційних показників [15, 19].

Експерти ВООЗ відзначають, що найбільш складним завданням є виявлення відмінностей, обумовлених соціально-економічними чинниками, в межах країн. На їх думку розподіл на групи населення повинен здійснюватися за приналежністю до певної соціальної групи, за рівнем освіти та рівнем доходів. Ці характеристики традиційно відносять до соціальної стратифікації. При цьому рекомендується аналіз двох видів показників: захворюваності, з включенням об'єктивних і суб'єктивних оцінок, та передчасної смертності. Позитивними характеристиками здоров'я можуть служити добра самооцінка здоров'я та очікувана тривалість життя при доброму його стані [7].

Джерелами інформації є результати анкетування та реєстри смертності. Важливим додатковим джерелом інформації можуть бути реєстри хворих на певні захворювання та матеріали масових медичних обстежень.

Необхідним є визначення інформативної цінності наявних даних з урахуванням репрезентативності, розмірів вибірки і потенційних помилок, викликаних неадекватним виміром. Крім виявлення власне відмінностей у здоров'ї, обумовлених соціально-економічними чинниками, потрібно визначити конкретні причини. Зокрема, доцільним є вивчення способу життя, у тому числі особливостей харчування, наявності шкідливих звичок, умов життя, включаючи професійні шкідливості та побутові умови; використання служб охорони здоров'я, включаючи профілактичні служби, доступність тощо.

Визначення відмінностей у рівнях захворюваності і смертності потребує врахування впливу розбіжностей у віковому складі населення, що може бути досягнуто методом стандартизації або вивченням відмінностей в окремих вікових групах.

При аналізі отриманих даних можна зіткнутися з проблемами репрезентативності, точності і зіставлення у часі, що необхідно передбачити і відкоригувати до початку дослідження.

Спеціально організовані обстеження певних когорт населення є найбільш об'єктивним методом отримання інформації про стан здоров'я. Проте в міру значної вартості їх не завжди можна застосувати. Тому у більшості випадків користуються соціологічними методами, включаючи до анкет блоки питань з різних аспектів здоров'я, у тому числі фізичного, психічного і соціального.

У разі відсутності можливостей категоризації показників здоров'я за соціально-економічним статусом можна застосовувати метод агрегації, або так званий екологічний підхід. Він передбачає розподіл населення на малі чи великі географічні групи на основі спільності проживання. Взаємозв'язок між захворюваністю і смертністю та соціально-економічним статусом аналізується шляхом співставлення рівнів смертності на вказаних територіях з даними з інших джерел відносно середнього рівня соціально-економічного розвитку територій. Проте основна проблема досліджень на агрегованому рівні полягає у тому, що їх результати не відображають відмінностей у показниках здоров'я на індивідуальному рівні. Значущість таких досліджень полягає у підтвердженні зв'язку між несприятливим соціально-економічним станом та здоров'ям. Зівставлення показників окремих регіонів може дати важливу інформацію для розробки політики охорони здоров'я на місцевому рівні [13, 16].

Враховуючи значущість виявлення відмінностей у стані здоров'я, обумовлених соціально-економічними чинниками, для обґрунтування заходів щодо їх скорочення та розробки програм збереження і зміцнення здоров'я, нами проведено широкомасштабне дослідження в 7 регіонах України з вивчення здоров'я населення, приурочене до Всеукраїнського перепису. Одним із завдань цього дослідження стало визначення стану здоров'я у групах населення з різним соціально-економічним статусом.

Оцінку здоров'я окремих груп населення здійснено на основі даних про звертання у лікувально-профілактичні заклади протягом року, результатів медичних оглядів та анкетування.

Вивчення соціально-гігієнічних умов життя населення включало широкий спектр питань, у тому числі стосовно соціально-економічного статусу. Зокрема в анкеті було передбачено питання про рівень доходу на одного члена сім'ї у місяць. При цьому до уваги брався сукупний прибуток після включення до нього прибутку від підсобного господарства, пільг, позик тощо. Диференціацію за розміром матеріального прибутку здійснено з урахуванням межі малозабезпеченості, прожиткового мінімуму та розміру доходу, який дає право на отримання соціальної допомоги.

В анкету соціально-гігієнічних умов життя було внесено ряд інших питань про умови та спосіб життя, висвітлених у попередніх публікаціях [2].

У дослідженні передбачалося також вивчення стану здоров'я залежно від рівня освіти. Диференціація за рівнем освіти передбачала неписьменність, початкову, неповну середню, середню загальну, середню спеціальну, спеціальну, незакінчену

вищу та вищу освіту. Розподіл за соціальним станом включав керівників державних та недержавних закладів, службовців, кваліфікованих та некваліфікованих робітників, працівників сфери обслуговування, сільського господарства, фермерів, осіб, що займаються індивідуальною трудовою діяльністю, військовослужбовців, служителів культу, пенсіонерів, домогосподарок, безробітних, інвалідів, студентів, учнів, інших категорій населення.

Анкета передбачала також оцінку стану здоров'я за диференціацією на "дуже добре", "добре", "задовільне", "погане" та "дуже погане", порівняння свого здоров'я зі здоров'ям однолітків, наявністю хвороб та обмеженням життєдіяльності у зв'язку з ними, ступінь медичної активності, доступність медичної допомоги, потреби у медико-соціальному обслуговуванні.

Таким чином, розроблена нами анкета мала високу інформативну цінність, оскільки відповідала вимогам релевантності, зовнішньої вірогідності, тобто репрезентативності, внутрішньої вірогідності, точності або статистичній вірогідності. Опитуванням було охоплено 40 тис. населення різних регіонів України. Використання у дослідженні поособового обліку осіб, які були включені у вибірку сукупність, дало змогу зівставити дані про захворюваність за звертаннями з даними медичних оглядів і анкетною соціально-гігієнічних умов життя. В результаті були отримані узагальнені дані про стан здоров'я населення за об'єктивними і суб'єктивними показниками у групах з різним рівнем матеріального добробуту, освіти, соціальним статусом.

Дані дослідження свідчать, що рівень захворюваності в осіб з матеріальним прибутком до 50 грн у місяць становив 341,3 тис. захворювань на 100 тис. населення, в той час як в осіб з доходом 50,1-125,0 грн – 172,6 тис., 125,1-200,0 грн – 119,9 тис., 200,1-311,0 грн – 118,5 тис., понад 311 грн – 107,1 тис. Різниця у частоті захворювань найменш та найбільш забезпечених груп населення складала 3,2 раза.

У структурі захворюваності найменш забезпеченої частини обстежених переважали хвороби органів дихання, травми та отруєння, хвороби органів травлення.

Серед окремих захворювань у населення з низьким рівнем доходів пневмонії та хронічні бронхіти зустрічалися в 2,4-2,6 раза частіше, анемії – в 2,3 раза, хронічні гастрити – в 1,9 раза, гіпертонічна хвороба – в 1,7 раза.

Проведення медичних оглядів населення дало можливість визначити частоту хронічної патології в різних групах населення. У цілому в осіб з високим матеріальним статусом хронічна патологія виявлялася у 1,9 раза рідше, ніж у населення з низьким рівнем добробуту.

Більш забезпечене населення мало менше конфліктних ситуацій у сім'ї (2,3 проти 24,1 %). Вживання алкоголю особами з вищим рівнем достатку було рідшим порівняно з малозабезпеченими особами (6,3 та 34,6 % відповідно). Рівень травматизму у благополучних за матеріальним достатком сім'ях був вірогідно нижчим (29,8 проти 43,2 %).

Щодо самооцінки стану здоров'я населення з різним соціально-економічним статусом простежується чітко визначена тенденція до збільшення частини осіб, які оцінюють своє здоров'я як "дуже добре" в групах з високими рівнями доходів до 5,6 та "добре" – до 48,6 %, порівняно з групами з низьким матеріальним становищем, де вказані показники становлять 0,6 та 9,2 % відповідно.

Аналіз даних про медичну активність обстежених свідчить про відсутність суттєвих відмінностей у показниках звертань за медичною допомогою. Зверталися до лікаря у лікувально-профілактичний заклад за місцем проживання при захворюваннях від 79 до 98 % опитаних.

Разом з тим, значний контингент населення не мав контакту з лікарем. Серед основних причин незвертань вказувалися віддаленість медичного закладу, черги на прийом до лікаря, самолікування, недовіра до лікарів.

Більша частина респондентів мала матеріальні проблеми з купівлею ліків. Отримували консультативну та лікувально-діагностичну допомогу у приватних лікарів або в госпрозрахункових медичних установах лише 2-3 % опитаних із заможних прошарків населення.

На питання щодо задоволеності отриманим лікуванням позитивно відповідали від 4 до 12 % у різних соціальних групах.

Серед життєвих цінностей опитані найчастіше відмічали здоров'я, сім'ю, матеріальний добробут і роботу. Характерною особливістю є те, що у групі населення з високим достатком здоров'я частіше називалося головною життєвою цінністю, ніж у сім'ях з низьким достатком. Водночас серед різних життєвих цінностей у малозабезпечених громадян здоров'я виходило на перший план.

Таким чином, комплексне вивчення стану здоров'я населення України у взаємозв'язку із соціально-економічними чинниками, дозволило встановити значний вплив соціально-економічного статусу на формування якості здоров'я. Рівень матеріального забезпечення суттєво позначається на показниках захворюваності населення та звертаннях у лікувально-профілактичні заклади, розвитку хронічної патології, особливостях її структури. Для малозабезпечених верств населення характерними є менша доступність медичної допомоги та задоволеність нею, матеріальні про-



блеми, пов'язані з придбанням ліків. Суб'єктивна оцінка стану здоров'я населення з меншим достатком є нижчою, ніж у забезпечених верств населення, і корелює з об'єктивними показниками стану здоров'я.

Виявлена нерівність в здоров'ї населення залежно від соціально-економічного статусу вимагає вжиття заходів, спрямованих на її скорочення і забезпечення справедливості в питаннях охорони здоров'я вразливих верств населення.

### Список літератури

1. Белов В.Б. Уровень образования и самооценка здоровья населением //Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – №1. – С.14-19.
2. Грузева Т.С. Здоров'я населення в умовах соціальної стратифікації суспільства //Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України». – 2002. – №4. – С.22–27.
3. Далгрен Дж., Уайтхед М. Политика и стратегия обеспечения справедливости в вопросах охраны здоровья. – Копенгаген: ВОЗ, 1992. – 56 с.
4. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2002 г. – ЕРБ ВОЗ. – Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, №97. – 156 с.
5. Здоров'я дітей та жінок в Україні /ЮНІСЕФ, ПРООН, ВООЗ, Світовий Банк. – К.,1997. – 152 с.
6. Здоровье-21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ ( Европейская серия «Здоровья для всех», №6). – Копенгаген: ВОЗ, ЕРБ, 1999. – 310 с.
7. Кунст А.Э., Макенбах Дж.П. Измерение различий в состоянии здоровья, обусловленных социально-экономическими факторами. – Копенгаген: ВОЗ, 1996. – 115 с.
8. Максимова Т.М., Белов В.Б., Гаврилова Н.Н., Токуров М.В., Хритова В.В. Здоровье различных групп населения трудоспособного возраста //Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2001. – №2. – С.4-9.
9. Нагорна А.М. Соціально-економічні детермінанти здоров'я населення України (огляд літератури і власних досліджень) //Журнал АМН України. – 2003. – Т.9, №2. – С.325-345.
10. Atlas of health in Europe /The WHO Regional Office for Europe. – Copenhagen, 2003. – 112 p.
11. Grabauskas V., Kalediene R. Tackling social inequality through the development of health policy in Lithuania // Scand. J. Public Health. – V.30 (suppl. 59). – P.12-20.
12. Lynch J, Smith G. D, Kaplan G.A, House J. S. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions //Br Med J. – 2000. – V.320. – P.1200-1204.
13. Macintyre S. et. al. Area, class and health: should we be focusing on places or people? //J. of social police. – 1993. – V.22. – P.213-234.
14. Murray C.J., Gakidou E.E., Frenk J. Health inequalities and social group differences: what should we measure? // Bull. WHO. – 1999. – V.77, N7. – P.537-543.
15. Murray C.J., Salomon J.A., Mathers C.D. A critical examination of summary measures of population health / Summary Measures of Population Health. Concepts, Ethics, Measurement and Applications. – WHO, Geneva. – P. 13-33.
16. Phillimore P. et al. Widening inequality in northern England, 1981-1989 //British medical journal. – 1994. – V.308. – P.1125-1128.
17. Ritsatakis A. Addressing equity, poverty and the social determinants of health //WHO Healthy Cities in Europe: a compilation of papers on progress and achievements. – WHO, 2003. – P.134-148.
18. Stronks K. Generating evidence on interventions to reduce inequalities in health: the Dutch case //Scand. J. Public Health. – V.30 (suppl. 59). – P.20-26.
19. The 10/90 Report on Health Research 2001-2002 Global forum for health research 2002. – WHO, Geneva. – P.3-6.
20. Zollner H. National policies for reducing social inequalities in health in Europe //Scand. J. Public Health. – 2001. – V.30 (suppl. 59). – P.6-11.

### ИССЛЕДОВАНИЕ ОТЛИЧИЙ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ МАТЕРИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Т.С. Грузева (Киев)

Освещена актуальность изучения отличий в состоянии здоровья, обусловленных социально-экономическими факторами, обоснована методология исследования. Представлены некоторые результаты широкомасштабного изучения состояния здоровья населения Украины и факторов, его формирующих, отличия в здоровье лиц с разным социально-экономическим статусом.



**STUDY OF DIFFERENCES IN THE POPULATION HEALTH STATUS DEPENDING ON THE LEVEL OF THE MATERIAL PROVISION**

T.S. Hruseva (Kiev)

The actuality of the study of differences in the population health status causing by socio-economic factors is elucidated; the methodology of the study has been grounded. Some results of the wide-scale studies of the population health status in Ukraine as well as contributing factors, differences in the health of people with different socio-economic status are given.

УДК 314.18(048)

*Н.Я. ЖИЛКА* (Київ)**СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ ТА МЕДИЧНІ ПРОБЛЕМИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)**

Міністерство охорони здоров'я України

Сучасна демографічна ситуація в країні є кризовою. Депопуляція в результаті зниження народжуваності та зростання смертності населення, скорочення населення працездатного віку, погіршення здоров'я, постаріння населення – це лише декілька проблем сучасного демографічного розвитку країни, які впливають і можуть впливати у подальшому на стан її стабільного та безпечно-го розвитку [18].

У системі цінностей будь-якої цивілізованої нації особливе місце посідає здоров'я. Як з погляду формування окремої людської біографії, так і на рівні розвитку суспільства, важко знайти інший феномен, якому здоров'я поступалося б своєю роллю, глибинним внутрішнім значенням і впливом на різні сторони діяльності [11].

Внаслідок несприятливих умов життя більшості населення, спричинених економічною кризою, зростає захворюваність і смертність, підвищується інвалідність, що, в свою чергу, негативно впливає на загальноекономічну ситуацію, скорочуючи соціально-економічні передумови збереження і покращення здоров'я. Репродуктивне здоров'я у складі загального здоров'я є одним з головних чинників забезпечення сприятливих демографічних перспектив країни, важливою передумовою формування її демографічного, отже й соціально-економічного, потенціалу у кон-

тексті забезпечення сталого розвитку як стратегічного завдання, що стоїть перед українським суспільством [19].

Вважається, що відтворення здоров'я правомірно розглядати як органічний компонент відтворення населення, його життєвого і трудового потенціалів, важливу внутрішню умову "подовженого буття народонаселення" [29]. У літературі є свідчення, що показовою в цьому відношенні є та обставина, що серйозні збої у механізмі демовідтворювального процесу виявилися, поряд з депопуляцією, насамперед у порушенні відтворення базового елемента якості населення, первинної властивості людей – їх здоров'я. Враховуючи негативні явища в здоров'ї населення, нинішній етап відтворення населення визначається як медико-демографічна криза [24]. Існування людства можливе лише доти, доки зберігається здатність населення до відтворення. Процес репродукції є складним біологічним феноменом [26]. На фоні соціально-економічної кризи спостерігається систематичне зменшення абсолютних і відносних показників народжуваності і плідності, особливо значне в міських поселеннях. Рівень народжуваності в Україні знизився з 13,3 осіб на 1000 чоловік населення в 1989 р. до 7,8 у 2001 р. [36].

Більшість українських жінок планують мати лише одну дитину, відкласти народження дитини або взагалі відмовитись від нього. Показово, що серед тих жінок, які мали одну дитину, не планували мати більше дітей 47,6 %, а серед тих, що мали двох дітей, не планували мати наступну дитину 91 % жінок. Кризовий стан дітородної активності населення буде даватися взнаки протягом життя багатьох поколінь на рівні не лише сім'ї, а й усього суспільства. Важливою особливістю повікової народжуваності є все більша її концентрація в молодих вікових групах, зокрема у наймолодших. За даними обстеження репродуктивного здоров'я українських жінок, проведеного в 1999 р. Київським міжнародним інститутом соціології і Центром контролю та профілактики захворювань (США), у віці 20-24 років біля половини жінок (48,3 %) мали хоча б одне живонародження, у віці 25-29 років – 84,3 %, у віці 30-34 років – 92,1 % жінок, тобто дітородна діяльність закінчується відносно рано, репродуктивний цикл надто короткий. За даними того ж обстеження, 5,7 % жінок мали народження у віці 15-19 років. До 16 років мали живонародження 0,1 % жінок [32].

Зазначається, що ранні вагітності характеризуються значно підвищеним ризиком дитячих та материнських втрат з огляду на фізіологічну незрілість та труднощі адаптації юного організму до вагітності. Ускладнення, що виникають у період вагітності, під час пологів і після них, є причиною смерті 15-19-річних жінок. Незважаючи на загальну тенденцію до зниження віку статевої зрілості у дівчаток, жіночий організм виявляється повністю готовим до материнства не менш, як у 20 років [3]. Рання народжуваність в Україні великою мірою пов'язана також з ранньою шлюбністю: частка тих, що будь-коли перебували в шлюбі, становила, за результатами обстеження, у жінок віком 15-19 років 11,4 %, 20-24 роки – 66,6 %, 25-29 років – 92,5 %, 30-34 роки – 92,5 %, і т.д. [32,36].

З огляду на це планування сім'ї полягає в тому, щоб за допомогою належної інформації щодо статевого виховання та безпечної поведінки молоді, попередження непланованої вагітності шляхом застосування науково обґрунтованих ефективних контрацептивних засобів запобігти або хоча б частково знизити частоту вагітностей, формуючи у підлітків правильне уявлення про оптимальний вік для народжуваності і небезпечність вагітності до 20 років.

Важливим чинником, що впливає на репродуктивний потенціал, є погіршення основних показників здоров'я населення [30]. У сучасній літературі досить широко висвітлюються проблеми репродуктивного здоров'я. Проте питання

збереження та покращення репродуктивного здоров'я на сьогодні має надзвичайну актуальність, що потребує удосконалення підходів до їх вирішення.

Один з аспектів ефективної демографічної політики – поліпшення стану здоров'я жінок. Нормальний функціональний стан репродуктивної системи – один з показників здоров'я жінки, тому слід запобігати "збоєм" цієї системи, адже тільки у здорової матері може бути здорова дитина, і лише здорові діти можуть стати здоровими батьками [3].

До того часу, коли дівчинка вступає в репродуктивний період, вона вже має низку захворювань. Підстави для прогнозів щодо здоров'я майбутніх поколінь дає аналіз стану здоров'я вагітних, умов виношування плода та результатів їх впливу на здоров'я майбутньої дитини [30].

Основне навантаження з проблем репродуктивного здоров'я припадає на жінок, їх репродуктивний ризик проявляється на сімейному і популяційному рівнях і в цілому об'єднує всі соціальні та медичні фактори, що ведуть до зниження народжуваності та погіршення здоров'я нових генерацій дітей. [35].

В умовах різкого зниження народжуваності в Україні проблема планування сім'ї набуває, перш за все, медико-соціального значення [7,14,15,34]. Поняття "планування сім'ї" включає в себе інформацію про шляхи досягнення цілей щодо забезпечення свідомого вибору, можливості скористатися всім спектром безпечних та ефективних методів контрацепції, а також види діяльності, які допомагають окремим особам та подружнім парам досягти певних репродуктивних результатів: запобігти небажаній вагітності, народити бажаних дітей, регулювати перерви між вагітностями, контролювати вибір часу народження дитини залежно від віку батьків та інших факторів, визначати кількість дітей у сім'ї [33].

Одним з головних чинників, що визначають рівень захворюваності та смертності жінок, є велика кількість абортів [36]. За даними обстеження репродуктивного здоров'я українських жінок 1999 р., майже 70 % жінок віком 40-44 років мали принаймні один аборт, причому у віці 15-19 років – 1,5 % [13]. На долю України припадає 6,7 % світового обсягу абортів, у той час як чисельність її населення складає лише 0,9 % загального числа людей на планеті [7].

Хоча кількість абортів в Україні суттєво знизилась завдяки впровадженню заходів програми планування сім'ї, проте їх розповсюдженість є значно вищою, ніж у багатьох високо-

розвинених країнах. Тому питання поширеності заходів системи планування сім'ї потребує активізації заходів та їх наукового обґрунтування. Зниження кількості офіційно зареєстрованих абортів було більш істотним, ніж падіння числа пологів. У 1990-2000 рр. число абортів знизилось на 6 0%, у той час як число пологів – на 40,5% [30]. В країнах центральної та східної Європи число абортів серед молоді знижувалось повільніше, ніж коефіцієнт народжуваності [22].

За даними ВООЗ, приблизно 50 % вагітностей, які наступають щоденно, – незаплановані, біля 25 % – небажані, біля 150 000 вагітностей закінчується абортom, що складає щорічно до 53 млн штучних абортів. Демографи підрахували, що половина всіх жінок має в анамнезі хоча б один штучний аборт в репродуктивний період [33]. Однак, це число варіює у різних країнах від 10 до 80. Щорічно у світі в середньому 35 із кожної тисячі жінок роблять аборт. За даними ВООЗ, в країнах СНД з 1990 р. щорічно робиться в середньому біля 7 млн абортів. У розвинутих країнах частка жінок, які щорічно роблять аборт, складає 5 %, у Східній Європі – 14 %, у Західній Європі – 3 %, в Латинській Америці – 9 %, в Африці – 11 % [31]. У більшості європейських країн на кожні 100 вагітностей припадає тільки 10-15 абортів, в Україні ж – 92.

Аборт в Україні продовжує залишатись одним з методів регулювання народжуваності, а за своїми наслідками вважається основним чинником розладу репродуктивного здоров'я. Ускладнення після абортів спостерігаються у кожній третій жінки, а у тих, які вперше завагітніли, їх частота наближається до 40 % [23]. Ускладнення після абортів, що потребували медичного лікування, становлять 14,1 %; ускладнення після абортів, що потребували повторної госпіталізації, – 37,4 %; 5,3 % жінок мали тривалі проблеми зі здоров'ям після абортів [32]. За даними російських вчених, біля 43 % жінок мали ускладнення від абортів. За іншими даними віддалені наслідки абортів зустрічаються у 10-35% жінок, ранні – у 5-20 % [8,33,40,41,42].

Ряд авторів визначають, що основними ускладненнями абортів є безплідність, невиношування вагітності, запальні захворювання геніталій, ендокринні порушення, ускладнення при наступних вагітностях та пологах, негативний вплив на показники материнських та малюкових втрат [8]. У структурі причин материнської смертності, якій можна було б запобігти, аборти (як безпечні, так і небезпечні) і пов'язані з ними ускладнення забирають життя майже кожній п'ятій жінки, що померла під час вагітності (за даними 2001 р.). На небезпечний аборт припадає удвічі більше

смертей, ніж на безпечний. [25]. Людське життя цінне у будь-якому віці, передчасна ж смерть призводить ще й до значних економічних збитків у вигляді умовно недовиробленого ВВП. Так, у Росії в 1991 р. через смертність у працездатному віці ці втрати склали більше 30,4 млрд крб [10]. Добре відомі несприятливі близькі і віддалені ускладнення абортів у вигляді виражених порушень репродуктивної функції і стану репродуктивної системи в цілому [28]. Аборт впливає на перебіг наступних вагітностей. Крім того, штучне переривання вагітності часто призводить до дисгормональних станів, що у майбутньому проявляється порушеннями менструального циклу, мастопатіями [13]. Проте у літературі ми не знайшли розрахунків щодо економічних збитків від наслідків абортів.

Відомо, що показники материнської, дитячої смертності і число здійснених абортів належать до об'єктивних критеріїв оцінки стану здоров'я і благополуччя населення. Тому питання планування сім'ї як резерву в зниженні материнської та дитячої смертності, збереженні здоров'я населення позитивно впливає на рівень народжуваності [14]. Багатьма авторами підкреслюється, що заходи зі зниження смертності мають бути науково обґрунтованими і ретельно виваженими з точки зору економічної доцільності та базуватися на фундаментальних сучасних рандомізованих епідеміологічних та клінічних дослідженнях [12,45].

Серед співвідносно дії факторів, які впливають на рівень незапланованої вагітності, що в 85-92 % закінчується абортom, вагоме значення має застосування контрацепції: за даними державної статистики, методами контрацепції (гормональними і внутрішньоматковими) щорічно охоплюється біля 20 % жінок фертильного віку [35].

Аборт не повинен бути методом планування сім'ї. Варто не переривати, а попереджувати небажану вагітність. Розумною альтернативою абортів є контрацепція. Ризик, пов'язаний із застосуванням контрацептивних засобів, значно нижчий, ніж ризик, пов'язаний з небажаною вагітністю й абортom. У Нідерландах, Канаді, Англії, США ефективними методами контрацепції користується 50-70 % жінок, в Україні – лише біля 30 %. При цьому рівень абортів у цих країнах – 3 – 20 на 1000 жінок у рік [9,16,43]. Проблема збільшення питомої ваги застосування українськими жінками ефективних контрацептивних засобів на сьогодні ще не вирішена.

Наочним прикладом ефективності впровадження послуг з планування сім'ї є дослідження, проведене у такій економічно слабкорозвинутій краї-

ні, як Бангладеш. У деяких селах протягом 7-8 років надавались активні послуги з планування сім'ї, що включали і послуги вдома. За цей період часу питома вага жінок, які користувались протизаплідними засобами, збільшилась з 8 до 40 %. Результатом цього стало зниження материнської смертності вдвічі порівняно з іншими селами того ж району, де така робота не проводилась.

Розвиток контрацепції як складової планування сім'ї, поширення її сучасних методів сприяє попередженню небажаної вагітності, зниженню кількості абортів, отже і їх ускладнень, регулюванню кількості дітей в сім'ї та вибору оптимальних термінів їх народження, профілактиці захворювань, які передаються статевим шляхом. Формуючи оптимальний режим дітонародження, попереджуючи небажані вагітності та вагітності в групах високого ризику, заходи планування сім'ї могли б зберегти щорічно біля 5 млн дитячих життів у світі [1].

Автори фундаментального дослідження абортів і контрацепції в Центральній і Східній Європі зробили висновок, що "за умов відсутності прийнятних методів контрацепції, популярних на Заході наприкінці ХХ століття, аборт є найдешевшим і найбільш доступним методом контрацепції в цих країнах" і що "надзвичайно складно змінити культурну практику віддавання переваги абортам порівняно з контрацептивами" [39].

Аборти є не тільки важливим чинником розладу здоров'я жінок, а й економічним тягарем як для держави, так і для кожної окремої сім'ї [37]. В останні роки економічні аспекти охорони здоров'я набули особливого значення [2]. Соціальний маркетинг в системі охорони здоров'я визначає здоров'я як "продукт потреби", який можна придбати в обмін на певні затрати та особисті зусилля (з його зміцнення). Це означає, що він не вирішує медичні завдання, а, швидше, допомагає досягнути розуміння проблем, пов'язаних із здоров'ям, закликаючи людей вести здоровий спосіб життя [4].

Впровадження в систему охорони здоров'я економічних важелів дає можливість активного пошуку внутрішніх резервів, найбільш раціонально використовувати грошові засоби і тим самим підвищувати якість медичної допомоги населенню [21]. Економічна ефективність – визначальна передумова поступального розвитку охорони здоров'я [6]. Досвід економічно роз-

винутих країн свідчить, що більш перспективний і економічно вигідний для суспільства шлях розвитку охорони здоров'я пов'язаний з широким впровадженням профілактичних технологій [27].

Система охорони здоров'я – це надзвичайно ресурсоємна галузь, яка поглинає численні матеріальні, фінансові, трудові та інші ресурси. У раціональному використанні цих факторів медичної діяльності повинні бути зацікавлені всі суб'єкти економічних відносин. Крім того, система охорони здоров'я стала розглядатися як вигідна, економічно доцільна галузь вкладання інвестиційних засобів [20, 38,44].

У системі охорони здоров'я прийнято визначати медичний, соціальний та економічний ефект і відповідно 3 види ефективності. Економічний ефект є результатом досягнутого позитивного медичного ефекту і полягає в зменшенні втрат у зв'язку із захворюваністю, інвалідністю, передчасною смертністю. Деякі медичні втручання і заходи можуть не тільки не давати економічного ефекту, а навіть призводити до росту економічних втрат [17].

В Україні медико-соціальне і соціально-демографічне значення планування сім'ї обумовлені значним рівнем репродуктивних втрат, пов'язаних з високим рівнем абортів та їх наслідками. Розвиток контрацепції як складової планування сім'ї, поширення саме сучасних її методів, сприяють попередженню небажаної вагітності, зниженню кількості абортів, а значить і їх ускладнень, регулюванню кількості дітей у сім'ї та вибору оптимальних термінів їх народження. Водночас поширеність контрацепції в Україні залишається недостатньою для того, щоб бути досить ефективною альтернативою абортам.

Однак і досі відсутні науковообґрунтовані розрахунки економічного збитку внаслідок штучного переривання вагітності, тому що, крім прямих економічних збитків, пов'язаних з витратами на здійснення абортів і лікування післяабортних ускладнень, є непрямі витрати, пов'язані з лікуванням післяабортного безпліддя. На сьогодні немає методик, які б враховували усі витрати від абортів з погляду суспільства: цінність ненародженого члена суспільства, моральний і психічний збиток, розпад родини тощо.

Відсутні також дослідження, в яких би визначалися питання економічного зиску профілактики абортів.



## Список літератури

1. Бабюк І.О., Чурілов А.В., Табачников С.І., Липчанська Л.Ф. Планування сім'ї: медико-соціальні проблеми та шляхи їх вирішення: Навчально-метод. посібник. – Донецьк. – 1998. – С. 6 – 8.
2. Вартадян Ф.Е., Сомин М.П. Вопросы экономической оценки лечебно-диагностических мероприятий // Здравоохран. Рос. Федерации. – 1991. – №11. – С. 7-10.
3. Венцовський Б.М., Маркін Л.Б., Венцовська І.Б., Куц В.М. Медико-соціальні аспекти планування сім'ї. – Львів, 1994. – 135 с.
4. Гладышева Н., Холмогорова Г. Социальный маркетинг в здравоохранении // Врач. – № 12. – 1991. – С.41-43.
5. Глуханова Г.Л., Курило І.О. Особливості відтворення населення у містах України з різною народногосподарською спеціалізацією та рівнем забруднення навколишнього середовища // Демоекономічні дослідження. –К.: Ін-т економіки НАН України, 1995. –С. 63-73.
6. Голяченко О.М., Голяченко А.О. Економіка охорони здоров'я України. – Вінниця, 1996. – 100 с.
7. Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. –К., 1997. –327 с.
8. Грищенко В.И., Кропивка В.В. Сочетание механического воздействия с вакуумом для искусственного прерывания беременности ранних сроков // Акушерство и гинекология. – 1986. – №9. – С. 36-39.
9. Двинских Е. Современная контрацепция. – СПб., Москва-Харьков-Минск, 2000. – 35 с.
10. Двойрин В.В., Погорелова Э.И. Социально-экономический ущерб, обусловленный смертностью населения // Здравоохран. Рос. Федерации. – 1994 –№4. – С. 29-31.
11. Демографічна криза в Україні. Проблеми дослідження, витоки, складові, напрями протидії / НАН України. Ін-т економіки: За ред. В. Стешенко. – К., 2001. – 560 с.
12. Евдаков В.А. Алгоритм расчета социально-экономического ущерба в связи с преждевременной смертностью // Бюллетень ВКНЦ АМН СССР. – 1984. – №2. – С. 78-82.
13. Квашенко В.П. Репродуктивне здоров'я, профілактика його порушень в межах планування сім'ї: Автореферат дис. ... д-ра мед. наук. – Харків, 2002. – 39 с.
14. Керівництво по плануванню сім'ї / Богатирьова Р.В., Венцовський Б.М., Вовк І.Б. та ін. – К., 1998. – 256 с.
15. Когут М., Лакіза-Сачук Н. Обізнаність та ставлення представників вищих ешелонів влади до питань охорони репродуктивного здоров'я в Україні. – К., 1999. – 22 с.
16. Комбинированные пероральные контрацептивы: терапевтические аспекты применения // Український мед. часопис. – 2001. – №4. – С. 31-34.
17. Кулагина Э.Н., Введенская Н.И. Многовариантность критериев оценок экономической эффективности в здравоохранении // Здравоохран. Рос. Федерации. – 1998. – №5. – С. 36-39.
18. Лакіза-Сачук Н.М. Репродуктивне здоров'я населення України у контексті її соціально-демографічного розвитку. – К., 1999. – С. 1-4.
19. Лакіза-Сачук Н., Дорогунцова В., Гойда Н., Рудий В. Фінансування охорони репродуктивного здоров'я в Україні: Звіт Українського Національного комітету, представлений на Регіональній конференції з фінансування охорони репродуктивного здоров'я. – К., 2000. – 75 с.
20. Лехан В.М. Стан і напрямки розвитку системи охорони здоров'я: 10 років пошуку та випробувань. – Дніпропетровськ, 2001. – 13 с.
21. Миняев В.А., Вишняков Н.И. и др. Экономические отношения в деятельности лечебно-профилактических учреждений в условиях нового хозяйственного механизма // Сов. здравоохранение. – 1990. – №7. – С. 3-5.
22. Молодежь в меняющемся обществе: Региональный мониторинговый доклад. – ЮНИСЕФ, 2000. – 194 с.
23. Моніторинг після Пекіну: два роки по тому / Соціально-економічне становище українських жінок. – К., 1997. – 32 с.
24. Основні підсумки роботи охорони здоров'я України за 2000 рік. – К.: МОЗ України, 2001. – 68 с.
25. Основні показники діяльності акушерсько-гінекологічної служби і стану здоров'я жіночого населення України в 2001 році / Під ред. В.Ф. Москаленка. – К.:Тріумф, 2002. – 143 с.
26. Основы репродуктивной медицины: Практическое рук. / Под ред. проф. В.К. Чайки. – Донецк, 2001. – 608 с.
27. Охорона здоров'я в Україні: проблеми та перспективи / За заг. ред. д-ра мед. наук, проф. Пономаренка В.М. – Тернопіль, 1999. – 309 с.
28. Писарева С.П., Коханевич Є.В., Гойда Н.Г та ін. Істміко-цервікальна недостатність: Практ. пос. – К., 2002. – 44 с.
29. Піскунов В. До характеристики сучасного стану суспільства в Україні як макроформи демореальності / Демографічні дослідження. – Вип. 19, К.: Ін-т економіки НАН України, 1997. – С. 23-27.
30. Про становище сімей в Україні: Державна доповідь за підсумками 2000 року. – К., 2002. – 191 с.
31. Разделенная ответственность: женщины, общество и аборт в мире / Ин-т Алана Гуттмахера. – 1999. – С.15-18.
32. Репродуктивне здоров'я українських жінок – 1999: Попередній звіт. – Київ: Київський міжнародний інститут соціології, Центри з контролю та профілактики захворювань (США), березень 2000. – 16 с.
33. Садаускас В.М., Чигреене А.И. Сравнение методов прерывания беременности. // Акушерство и гинекология. – 1985. – №3. – С. 37-39.

34. Смирнов С.С., Трофимова О.Ф. Некоторые аспекты контрацепции // Фельдшер и акушерка. – 1990. – №8. – С. 3-5.
35. Стан здоров'я населення України та результати діяльності закладів охорони здоров'я: щорічна доповідь / Під заг. ред. В.Ф. Москаленка. – К., 2001. – 304 с.
36. Україна. Людський розвиток.–К.: ПРООН, 1997. – 96 с.
37. Чернецкий О.Е., Салатич А.И. Экономические потери и методика их расчета в связи с абортom. Социально-экономические проблемы эффективности здравоохранения. – Ростов-на-Дону, 1977. – С. 35-39.
38. Шамшурина Н.Г. Экономический анализ эффективности медицинской помощи. – М.: 2001. – 278 с.
39. Brandrup-Lukanow Assia. Abortion in Central and Eastern Europe // Concience. – 2000. – Vol. XXI. – P. 193-198.
40. Brauutigam H.H., Warnke W. Z. Geburtsh. Perinat. – 1981. – Vol. 185. – P. 193-199.
41. Edelman D.A., Brenner W.E., Goldsmith A. IPPF med. Bull. – 1974. – Vol. 8. –№6. – P. 1-2.
42. Hale R.W., Kobara T.Y. Sharma S.D. et al. Amer. J. Obstet. Gynec. – 1979. – Vol. 134. – P. 213-218.
43. L. Kovacs Progress and problems in reproductive health Eeastern Europe in the recent decade-introduction. 2002. – 26 p.
44. The World Bank, World Development Report. – Wachington: D.S., 1993. – 212 p.
45. Wilkinson R., Marmot M. Social determinants of health. The solid facts.- Copenhagen: WHO. – Reg. Off. Eur., 1998. – P 28.

### **СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

Н.Я. Жилка (Киев)

Проанализированы данные литературы относительно влияния социально-экономических факторов на состояние репродуктивного здоровья. Как основные факторы, негативно влияющие на репродуктивный потенциал, выделено снижение рождаемости, ухудшение основных показателей здоровья женского населения, увеличение уровня абортom. Подчеркнуто, что абортom являются не только основным фактором расстройств здоровья женщин, но и экономическим бременем как для государства, так и для каждой семьи в отдельности.

Тем не менее в доступных источниках не освещены вопросы научно обоснованных расчетов экономического ущерба в результате искусственного прерывания беременности и методики, которые учитывают ценность общественных потерь от проведения абортom.

### **SOCIO-ECONOMIC AND MEDICAL PROBLEMS OF THE REPRODUCTIVE HEALTH (REVIEW OF THE LITERATURE)**

N.Y. Zhilka (Kiev)

The literature data concerning the effect of socio-economic factors on the reproductive health have been analysed. There were revealed the following major factors negatively affecting the reproduction potential: decrease of the birth rate, worsening of main indices of the female population health, increase of the abortion rate. It is underlined that abortions are not only the main factor in disorders of the women health, but that they can be also considered as an economic burden both for the country and for each family in particular.

However in the available publications problems of scientifically grounded estimations of economic damages as a result of artificial termination of pregnancy and methods used in order to determine the value of social losses because of abortions have not been considered.

УДК 616-056-052(477.41)

*О.І. ТИМЧЕНКО, В.В. ЄЛАГІН, О.В. ЛИНЧАК, Л.М. ПІОТРОВИЧ, Т.М. ПОКАНЕВИЧ,  
О.В. ПІДГОРНА, О.В. ГОРІНА (Київ)*

## **ТЯГАР ГЕНЕТИЧНО ОБУМОВЛЕНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

Інститут гігієни та медичної екології АМН України  
Київське обласне управління охорони здоров'я обласної держадміністрації  
Київський обласний центр охорони здоров'я матері та дитини

З кінця вісімдесятих років минулого століття в Україні почала падати народжуваність. За останнє десятиріччя вона зменшилась майже в півтора раза (з 12,1 % в 1991 р. до 8,1 % у 2002 р.). Сумарний коефіцієнт фертильності жінок становить менше одиниці, тоді як тільки для простого відтворення населення необхідно, щоб його значення сягали 2,2-2,4 [6].

Загальноновизнано, що генетичні розлади можуть значно обтяжувати репродуктивне здоров'я населення і скорочувати його здатність до відтворення. За даними літератури, п'ята частина подружніх пар з непліддям має цитогенетичні аномалії і варіанти [12]. Серед самовільно абортіваних плодів першого триместру вагітності зустрічається близько 50 % хромосомних порушень, у другому триместрі цей показник складає третину [2,4,7]. Вроджена і спадкова патологія у 20-25 % випадків є причиною перинатальної і ранньої дитячої смертності [5].

Особливого значення визначення тягара генетичних розладів серед репродуктивних втрат набуває в зв'язку з погіршенням екологічної ситуації. При цьому слід зважати на те, що для населення Київської області питання індукованого мутагенезу є особливо актуальними, оскільки майже половина його проживає на забруднених радіонуклідами внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС територіях.

Таким чином, медичне і соціальне значення генетично обумовлених розладів репродуктивного здоров'я є безсумнівним, а кількісне визначення їх розміру, що є метою нашого дослідження, необхідно для визначення їх впливу на демографічні процеси і раціонального планування профілактичних заходів.

Для досягнення своєї мети ми вважали доцільним виконання наступних завдань:

– розрахувати частоту вродженої і спадкової патології у живо-, мертвонароджених та аборт-

них плодів серед зареєстрованих вагітностей у населення Київської області;

– визначити питому вагу генетично обумовленої патології в репродуктивних втратах за рахунок плода та кількість років втраченого в зв'язку з цим потенційного життя;

– оцінити розміри генетичного внеску у виникнення неплідності серед подружніх пар з первинною неплідністю.

**Матеріали та методи дослідження.** Матеріалами для виконання роботи слугували звіти обласних медико-генетичних кабінетів, міжобласних медико-генетичних центрів (форма №49-здоров. "Звіт про надання медико-генетичної допомоги", затверджена наказом МОЗ України від 16.06.1993 р. №141), дані відомчої звітності МОЗ України (ф. 21 "Звіт про медичну допомогу вагітним, роділлям та породіллям", ф. 13 "Звіт про аборти"), дані реєстру неплідних шлюбів епідеміологічної системи генетичного моніторингу для населення Київської області.

Частота ВВР серед живо-, мертвонароджених та абортних плодів розраховувалась на 1000 відповідних випадків. До складу знаменника при розрахунку частоти ВВР серед абортних плодів входили самовільні викидні та плоди, еліміновані за медичними показаннями, в той час, коли до чисельника – тільки кількість ВВР, виявлених пренатально і направлених на елімінацію.

Роки потенційно втраченого життя за рахунок репродуктивних втрат, обумовлених генетичними порушеннями, обчислювались виходячи з величини середньої тривалості очікуваного життя в Україні на момент початку досліджень [8].

Аналіз каріотипу проводили на клітинах культури лімфоцитів периферійної крові. Кров культивували за загальноприйнятою методикою на середовищі РВ-max (Gibco) протягом 72-х годин [14]. Отримували препарати метафазних та прометафазних хромосом. Одержані препарати фарбували диференційно, використовуючи G-

метод та для гетерохроматинових районів – С-метод. Аналіз метафазних та прометафазних пластинок проводили при збільшенні x1250. Запис аналізу проводили за міжнародною номенклатурою [15].

**Результати та їх обговорення.** Рівень вродженої патології серед живонароджених на сьогодні можна порівняти з її середньою частотою по країні (27,3 %) і за чотири роки спостереження, він складав 27,6 % [13] (табл. 1).

Таблиця 1. Частота ВВР серед живо-, мертвонароджених та абортних плодів на 1000 випадків (Київська область, 1999-2002 рр.)

Частота ВВР серед	Роки				
	1999	2000	2001	2002	1999-2002
живонароджених	26,18	31,66	23,77	28,66	27,60
мертвонароджених	52,80	48,95	45,94	31,80	45,14
абортних плодів	49,73	77,30	58,57	72,96	64,40
Разом	28,53	35,20	26,58	31,94	30,59

Порівняно з частотою вродженої патології серед народжених живими (27,6‰) частота патології серед випадків фетальної смерті підвищена і дорівнює 45,1‰. Тобто, майже кожна 19 мертвонароджена дитина була з наявністю ВВР. Поширеність вродженої і спадкової патології серед абортних плодів суттєво коливається по роках і в середньому складає 64,4‰.

Загальна частота ВВР серед живо-, мертвонароджених та абортних плодів за чотири роки спостереження дорівнювала 30,59 на 1000 випадків (табл. 1). Визначена загальна частота ВВР лише на три одиниці відрізняється від такої серед живонароджених, адже при розрахунку не були враховані випадки генетичних порушень серед самовільних викиднів. Тобто, дійсний тягар генетичних порушень перебільшує зареєстровані величини.

Популяційна частота генетичних порушень (з урахуванням розрахункових частот серед са-

мовільних викиднів першого і другого триместру вагітності) на 1000 зареєстрованих вагітностей складала за 1999-2002 рр. спостереження 50,15‰. Тобто, в результаті майже кожного 18 зачаття (без врахувань самовільних викиднів на тих строках гестації, які не диференціюються навіть самою жінкою) плід має ті чи інші генетичні порушення, елімінація яких відбувається протягом вагітності на різних її термінах. Розраховані частоти генетичних розладів підтверджують дію природного добору на ранніх етапах розвитку, в результаті чого серед живонароджених поширеність вказаної патології найменша (27,6 на 1000 народжених живими). Частота ВВР серед новонароджених є результатом просіювання не тільки через фільтри природного добору, а й через програми пренатальної діагностики.

На рис. 1 відображена частка репродуктивних втрат серед зареєстрованих вагітностей.

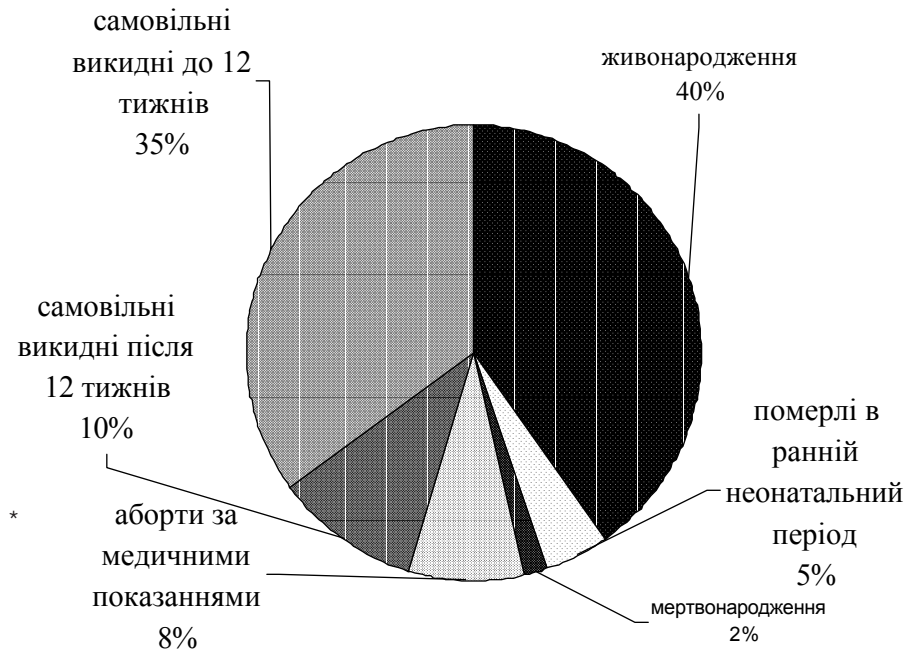


Рис. 1. Структура наслідків зареєстрованих вагітностей, Київська область, 1999-2002 рр.



Звичайно, основну частину (89%) від усіх зареєстрованих вагітностей склали живонародження. На другому місці – самовільні викидні до 12 тижнів гестації (5,54%), потім – мертвонародження (1,77%) та самовільні викидні після 12 тижнів вагітності (5,54%). Півтора відсотки усіх зареєстрованих вагітностей закінчувалися абортим за медичними показаннями.

Внесок генетичних порушень також найбільший серед живонароджених (40,3%), більше третини припадає на самовільні викидні першого триместру вагітності, 10,29% – самовільні викидні після 12 тижнів гестації. Генетичні порушення за рахунок абортів за медичними показаннями та мертвонароджень серед усіх виходів зареєстрованих вагітностей складають відповідно 8,23 та 1,65%.



\* – показники наведені за розрахунковими даними.

Рис. 2. Питома вага генетичних порушень серед наслідків зареєстрованих вагітностей, Київська область, 1999-2002 рр.

Кількість потенційно втрачених років життя в зв'язку з наявністю вродженої та спадкової патології протягом 1999-2002 рр. серед дітей, померлих протягом першого року життя, склала майже 10 000 років, серед мертвонароджених – 3 600, серед абортів за медичними показаннями втрати за рахунок плодів з генетичною патологією – 18 000 років, тобто 31,5 тис. років, що

дорівнює майже 18 % від загальної кількості потенційно втрачених років життя за рахунок цих видів невдач. Щорічно це близько 2500, 900 та 4500 потенційно втрачених років життя відповідно (табл. 2). Вроджені вади розвитку були причинами четвертої частини усіх смертей до року життя, кожного 22-го мертвонародження та майже третини абортів за медичними показаннями.

Таблиця 2. Роки потенційно втраченого життя в Київській області серед репродуктивних втрат, обумовлених генетичними порушеннями, 1999-2002 рр.

Репродуктивні втрати	Кількість років втраченого життя за рахунок репродуктивних втрат		Питома вага генетичних порушень у складі репродуктивних втрат, %
	усього	обумовлених генетичними порушеннями	
Померлі протягом першого року життя	38505	9915	25,75
Мертвонародження	79726	3599	4,51
Аборти за медичними показаннями	59014	17996	30,49
Самовільні викидні після 12 тижнів гестації	67503	22478	33,30
Самовільні викидні до 12 тижнів гестації	152933	76467	50,00
Разом	397681	130455	32,80

Якщо розглянути внесок генетичних розладів в репродуктивні невдачі за рахунок виникнення самовільних викиднів, то це ще додаткових 98 тис. 945 років потенційно втраченого життя, тобто, п'ята частина усіх самовільних викиднів зумовлена генетичними порушеннями у плода.

Відомо, що генетично обумовленими можуть бути також чоловіче і жіноче непліддя. Хромосомна патологія, що призводить до непліддя, може проявлятися фенотипово (синдром Клайнфельтера, синдром Шеришевського-Тернера) [3], коли мова йде про кількісні зміни хромосом. Але найчастіше хромосомні зміни носять збалансований характер без фенотипових проявів. Вважається, що 3 % чоловіків і 0,7 % жінок з непліддям мають хромосомні транслокації [16]. Накопичені на сьогодні дані про значущість варіабельності гетерохроматинових районів при первинному неплідді не дозволяють відповісти на питання, чи може вона бути причиною непліддя, але, ймовірно, це є умовою його виникнення. У подружніх пар з репродуктивними розладами частка генетичних порушень і варіантів досягає 22 %, при цьому їх популяційна частота становить 1,6 % [12].

Каріотипування подружніх пар з первинним непліддям (96 осіб) виявило нормальний каріотип у 78 осіб (81,25 %), у трьох були виявлені хромосомні аномалії (3,12 %) та у 15 (15,63 %) – хромосомні варіанти. Слід зауважити, що не зважаючи на чоловічий чи жіночий фактор непліддя в анамнезі, зміни каріотипу як у жінок, так і у чоловіків зустрічаються в усіх групах.

Отже, зміни каріотипу у 19 % подружніх пар з непліддям також збільшують генетичний тягар в популяції.

Описаний тягар генетично обумовлених репродуктивних розладів є результатом дії спадкових чинників та впливу факторів навколишнього середовища на подружжя перед зачаттям або на жінку під час вагітності. Керування спадковістю не є реальним на сьогодні. Тому зменшення вантажу патології можна чекати при вилученні чи принаймні зменшенні рівня дії шкідливих чинників оточення, прекоцепційних заходів (первинна профілактика) або в рамках програм пренатальної діагностики (вторинна профілактика).

Не зменшуючи важливості заходів пренатальної діагностики щодо виявлення вад несумісних з життям і їх подальшої елімінації, можна зазначити, що питома вага абортів за медичними показаннями серед вагітних області складає на сьогодні в репродуктивних втратах до 15 %, і

тільки 1,05 % в усіх виходах вагітностей. Сучасний набір методів пренатальної діагностики, до якого належать як інвазивні, так і неінвазивні методи дослідження, надає широких можливостей для активного виявлення вродженої патології у плода [1]. Але не всі випадки будуть мати показання для елімінації, більшість з них потребуватиме висококваліфікованої, а в зв'язку з цим високозатратної медичної допомоги. Разом з тим відомо, що дія зовнішніх чинників спричиняє до 50 % виникнення патології, більшість з цих факторів є керованими [9]. Визначення і усунення несприятливих факторів із оточення осіб репродуктивного віку, у тому числі вагітних, проведення прекоцепційних заходів є предметом первинної профілактики, і у багатьох випадках цілком можливе. До першочергових заходів в рамках первинної профілактики можна віднести:

- визначення і контроль рівня мутагенів, тератогенів виробничого і оточуючого середовища;
- виявлення пріоритетних чинників ризику виникнення генетично обумовлених розладів репродукції, встановлення територіальних особливостей їх поширення і усунення;
- санітарну просвіту населення щодо джерел генетичного ризику і шляхів його зменшення;
- підвищення уваги працівників закладів первинної медико-санітарної допомоги до профілактики такої патології;
- медико-генетичне консультування при плануванні вагітності;
- широке застосування методів прекоцепційної профілактики.

На сьогодні в Київській області в рамках цілісної системи профілактики репродуктивних порушень генетичної етіології розроблений (з урахуванням даних, отриманих за допомогою епідеміологічної системи генетичного моніторингу) комплекс заходів первинної профілактики [9]. Він впроваджений в роботу мережі закладів первинної медико-санітарної допомоги, кабінетів спеціалізованої медичної допомоги населенню при порушеннях репродукції (жіночі консультації, кабінети планування сім'ї, дитячої і підліткової гінекології), медико-генетичної служби [10, 11]. У майбутньому з розвитком сімейної медицини неоціненною в цій роботі стане роль сімейного лікаря.

Є підстави вважати, що зниження рівня самовільних викиднів в Київській області є результатом впровадження і первинної профілактики в цілісній системі попередження репродуктивних розладів [10].

### Висновки

1. Частота вроджених вад розвитку за 1999-2002 рр. серед живонароджених Київської області дорівнювала 27,60 на 1000 випадків, мертвонароджених – 45,14‰, абортних плодів – 64,40‰. Популяційна частота генетично обумовленої патології (з урахуванням розрахункових частот серед самовільних викиднів першого і другого триместру) складала за 1999-2002 рр. 50,15 на 1000 зареєстрованих вагітностей.
2. Внесок генетичних порушень найбільший серед живонароджених (40,3%), більше третини припадає на самовільні викидні першого триместру вагітності, 10% – самовільні викидні після 12 тижнів гестації, 8,2% – аборти за медичними показаннями, 1,65 – мертвонародження. Причиною третини репродуктивних втрат за рахунок плода є генетичні розлади їх каріотипу. У 19% сімейних пар з первинним непліддям в каріотипі наявні хромосомні аномалії та варіанти.
3. Кількість потенційно втрачених років життя в зв'язку з наявністю вродженої та спадкової патології за рахунок дітей, померлих протягом першого року життя, щорічно складає близько 2,5 тис. років, мертвонароджених – 900, абортів за медичними показаннями – 4,5 тис. років, самовільних викиднів після 12 тижнів гестації – 5,6 тис., до 12 тижнів вагітності – 19,1 тис. років.
4. Зменшення вантажу генетично обумовлених репродуктивних розладів шляхом первинної та вторинної профілактики в умовах сьогодення є реальним.

### Список літератури

1. Барашнев Ю.И. Новые технологии в репродуктивной и перинатальной медицине: потребность, эффективность, риск, этика и право // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 2001. – №1. – С. 6–11.
2. Веропотвелян М.П., Кодунов Л.О., Веропотвелян П.М., Левченко Н.П. Попередні дані цитогенетичного моніторингу популяції м. Кривого Рогу у першому триместрі вагітності // Тези доповідей III з'їзду мед. генетиків України, 2-4 жовтня 2002 р., Львів. – Львів, 2002. – С. 45–46.
3. Ворсанова С.Г., Шаронин В.О., Курило Л.Ф. Аномалии половых хромосом при нарушении репродуктивной функции у мужчин // Пробл. репродукции. – 1998. – Т. 4, №2. – С. 56–58.
4. Генетика в акушерстве и гинекологии: Пер. с англ. / Дж.Л. Симпсон, М.С. Голбус, Э.О. Мартин, Г.Е. Сартон. – М.: Медицина, 1985. – 352 с.
5. Гойда Н.Г. Профілактика спадкової і вродженої патології – шлях зниження перинатальної та дитячої смертності // Тези доп. III з'їзду мед. генетиків України, 2 – 4 жовтня 2002 р., Львів. – Львів, 2002. – С.13–15.
6. Демография: современное состояние и перспективы развития: Учеб. пособие / Н.В. Зверева, А.Я. Кваша, В.И. Козлов и др.; Под ред. Д.И. Валентя. – М.: Высшая школа, 1997. – 271 с.
7. Кулешов Н.П. Частота возникновения и судьба хромосомных аномалий у человека: Автореф. дис. ... д-р мед. наук / Ин-т мед. генетики АМН СССР. – М., 1979. – 45 с.
8. Населення України, 1999: Демографічний щорічник / Держ. комітет статистики України. – К., 2000. – 493 с.
9. Первинна профілактика вродженої і спадкової патології: Метод. рекомендації / О.І. Тимченко, Н.Г. Гойда, О.І. Турос та ін. – К., 2001. – 27 с.
10. Піотрович Л.М. Оптимізація системи спеціалізованої медичної допомоги населенню при репродуктивних втратах: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Національний мед. університет ім. О.О. Богомольця. – К., 2002. – 20 с.
11. Поканевич Т.М. Чинники ризику формування вроджених вад розвитку серед новонароджених (за даними генетичного моніторингу населення Київської області): Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ін-т гігієни та мед. екології. – К., 2003. – 23 с.
12. Результаты молекулярно-цитогенетической диагностики супружеских пар с нарушением репродуктивной функции при медико-генетическом консультировании / С.Г. Ворсанова, Л.З. Казанцева, А.К. Берешева, И.А. Демидова // Республ. сб. науч. тр. «Молекулярная диагностика наследственных болезней и медико-генетическое консультирование». – М., 1995. – С. 124–131.
13. Тимченко О.І., Єлагін В.В., Галаган В.О. та інші. Поширеність генетичної патології серед живонароджених в Україні // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2001. – №5. – С. 5–8.
14. Цитогенетические методы / Т.В. Кузнецова, Ю.А. Логинова, О.Т. Чиряева и др. // Медицинские лабораторные технологии. Справ. Интермедика. – СПб, 1999. – С. 550–580
15. ISCN (An International System for Human Cytogenetic Nomenclature) // Cytogenetics and Cell Genetics. – 1995. – V. 114. – P. 53–57.
16. Reddy Kovita S. Variants of chromosome 9 with additional eurochromatic bands: two case reports // American J. Human Genetic. – 1996. – V. 64, №4. – P. 536–538.

## **ГРУЗ ГЕНЕТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ КИЕВСКОЙ ОБЛАСТИ**

О.И. Тимченко, В.В. Елагин, О.В. Линчак, Л.М. Пиотрович, Т.М. Поканевич, Е.В. Подгорная, О.В. Горина (Киев)

Рассмотрена частота генетически обусловленной патологии среди репродуктивных потерь у населения Киевской области, рассчитано количество утраченных лет жизни в связи с наличием врожденной и наследственной патологии. Определено, что третья часть репродуктивных потерь за счет плода связана с генетическими нарушениями. У 19 % семейных пар с первичным бесплодием выявлены хромосомные аномалии и варианты. Уменьшение груза генетически обусловленных репродуктивных потерь за счет первичной и вторичной профилактики вполне реально в настоящих условиях.

## **BURDEN OF GENETICALLY CAUSED REPRODUCTION LOSSES IN THE POPULATION OF THE KIEV DISTRICT**

O.I. Timchenko, V.V. Yelagin, O.V. Linchak, L.M. Piotrovits, T.M. Pokanevits, Y.V. Podgornaya, O.V. Gorina (Kiev)

The rate of genetically caused pathology of reproduction losses in the population of the Kiev district was considered and it was estimated the quantity of the lost life years due to availability of congenital and hereditary pathology. It was determined that the third part of reproduction losses because of the fetus was connected with genetic disorders. In 19% family pairs with the primary sterility chromosome abnormalities and variations were found. The decrease of the burden of genetically caused reproduction losses due to primary or secondary prophylactics is quite practicable in present conditions.

УДК 616.16-087.8(477.86)

*Н.М. СЕМКІВ* (Тернопіль)

## **ЗДОРОВ'Я СІЛЬСЬКИХ МЕШКАНЦІВ ТА ФАКТОРИ, ЩО ЙОГО ЗУМОВЛЮЮТЬ**

Загально визнано, що знання особливостей та тенденцій стану здоров'я людей та факторів, які на нього впливають, є обов'язковою передумовою наукового обґрунтування і визначення найбільш ефективної стратегії і тактики розвитку медичної допомоги (4, 5, 6, 7).

В документах Всесвітньої організації охорони здоров'я постійно наголошується на факторах ризику для здоров'я (5). В глобальному масштабі найбільш суттєвими факторами ризику називаються знижена вага тіла, небезпечна вода, незадовільні санітарно-гігієнічні умови, небезпечний секс тощо.

Серед факторів, які сприяють зростанню захворюваності і смертності людей в пострадянських країнах, важливу роль відіграють труднощі соціально-економічного характеру, падіння рівня

життя, забруднення довкілля, величезне соціальне розшарування суспільства, погіршення якості харчування, вкрай незадовільне фінансування охорони здоров'я (4, 8, 3, 2, 1).

Вплив факторів на здоров'я є конкретним і своєрідним. Їхнє сполучення на конкретній території і громаді людей є неповторним. Оця конкретність і неповторність, на думку деяких авторів, є причиною великих територіальних розбіжностей в показниках здоров'я (9). Саме це і спонукає до вивчення цих факторів на кожній території і серед кожного соціального прошарку.

*Метою* дослідження є визначення факторів здоров'я і нездоров'я сільських мешканців в динаміці за останні двадцять років.

*Матеріали і методи.* Досліджено дві статистичні сукупності, які репрезентують сільський люд Тернопільської області в 1981-1983 і в 2000-



2002 рр. Перша (1981-1983 рр.) склала 3768 одиниць, друга (2000-2002 рр.) – 2450 одиниць.

Протягом трьох років в обох випадках велося спостереження за звертаннями сільських жителів за медичною допомогою. Проводились профілактичні огляди за програмою щорічної диспансеризації. Все це реєструвалось на спеціально розробленій статистичній карті. Сюди ж виносились дані соціологічного опитування, зібрані шляхом обходів осель мешканців.

За рівнем здоров'я всі обстежені були поділені на три групи: здорові, практично здорові і хронічно хворі. Згідно з методикою, розробленою на початку 80-х років минулого сторіччя, коли країна переходила до щорічної диспансеризації, до здорових були віднесені особи без відхилень від норми і скарг на стан здоров'я. До практично здорових осіб віднесено тих, що протягом року переносили три і більше гострих захворювань і в результаті лікування одужували, а також тих, що в минулому мали хронічні захворювання, але після лікування протягом декількох років почували себе добре, були працездатними і не потребували медичної допомоги. В цю ж групу віднесені особи, що мали певні морфологічні та функціональні відхилення від нормального фізіологічного стану. До хронічно хворих віднесено осіб, що потребують щорічного проведення спеціальних медичних заходів, диспансерного спостереження, лікування тощо.

Зібрані матеріали піддані статистичній обробці. Вирахувано інтенсивні показники поширеності здорових, практично здорових і хронічно хворих осіб, визначено достовірність отриманих показників, вирахувано наявність зв'язку між факторами і рівнем здоров'я, "вагу" факторів з допомогою вагового індексу, проведено стандартизацію підсумкових показників. Слід відмітити, що при багатофакторному аналізі проведення статево-вікової стандартизації в межах факторів втрачає сенс. Скажімо, стандартизація показників в межах професій щодо їхньої статево-ві-

вої структури не усуває впливу інших факторів, характерних для професій: сімейного стану, освіти, характеру харчування, шкідливих звичок тощо. Фактори тісно пов'язані між собою і цей зв'язок в кожному з випадків є своєрідним. Визначення показника в межах фактора характеризує не лише, так би мовити, "чистий" вплив фактора на цей показник, а й своєрідність його взаємозв'язків з іншими факторами, що не менш важливо для його оцінки і відповідних висновків.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Як видно із табл. 1, здоров'я сільських мешканців зазнало суттєвих змін, причому в бік погіршення. Про це передовсім свідчить зросло число хронічно хворих. Якщо порівняти загальні показники, то ріст склав 64,0 %, стандартизований за віком і статтю показник збільшився дещо менше – на 35,2 %. Різко змінився рівень практично здорових, загалом він упав у 3,6 раз, а при стандартизації – у 3,0 раза. На наш погляд, це відбулось через дві причини. Першою є та, що за рахунок цієї групи зросло число хронічно хворих. Другою стала та обставина, що різко знизилось звертання людей за медичною допомогою, в першу чергу за рахунок гострих захворювань. Це призвело до того, що частина людей, які тричі і більше на рік звертались з приводу гострих захворювань і які, згідно з методикою дослідження, відносились до групи практично здорових, суттєво знизилась. Ця обставина призвела в основному і до деякого зростання рівня здорових осіб, який при стандартизації показників збільшився на 23,3 %.

Аналіз змін, що відбулись серед чоловіків та жінок і в різних вікових групах, дозволяє відмітити такі характерні особливості. Рівень хронічно хворих в 1981-1983 рр. і в 2000-2002 рр. був вищим серед жінок, однак за останні 20 років зростання хронічно хворих серед чоловіків було значно інтенсивнішим порівняно з жінками (відповідно у 2,2 рази і на 43,7 %), що призвело до суттєвого скорочення різниці у поширеності

Таблиця 1. **Здоров'я сільських мешканців в різних статево-вікових групах (%о, Р±m)**

Ознака	Розшарування в межах ознаки	Здорові		Практично здорові		Хронічні хворі	
		1981-1983	2000-2002	1981-1983	2000-2002	1981-1983	2000-2002
Стать	чоловіки	314,1±7,4	360,5±14,7	446,0±7,9	118,9±9,9	131,9±5,4	520,6±15,3
	жінки	226,4±5,6	266,0±11,7	328,3±6,3	97,0±7,7	445,3±6,7	640,0±12,7
Вік	0-19	425,2±9,6	641,6±13,0	502,0±9,7	221,2±11,3	72,8±5,0	137,1±9,3
	20-39	357,2±12,3	629,3±10,8	403,8±12,6	118,0±7,2	239,0±10,9	252,6±9,8
	40-59	192,8±6,9	79,4±5,8	291,9±7,9	102,7±6,5	515,3±8,7	817,8±8,2
	60 і старші	78,8±6,0	33,1±1,9	124,2±7,3	92,3±2,5	797,0±8,9	974,6±2,8
Разом	грубі показники	263,2±4,5	306,5±5,3	377,7±5,0	104,7±3,5	359,1±4,9	588,8±5,7
	стандартизовані показники*	248,6±4,4	306,5±5,3	315,9±4,8	104,7±3,5	435,5±5,1	588,8±5,7

\* за стандарт взято статево-віковий розподіл людності за 2000-2002 рр.

сті хронічно хворих серед осіб різної статі (з 85,6 до 22,9 %).

Якщо подивитись на динаміку здоров'я і нездоров'я у віковому розрізі, то впадає у вічі, перш за все, суттєве зростання хронічно хворих у всіх вікових групах. У віці 40-59 років із кожних п'яти осіб більше чотирьох мали хронічні захворювання, а у віці 60 років і старше – майже всі (хронічні хвороби незареєстровані менше ніж у 5 % осіб).

Різке падіння практично здорових теж відбулось у всіх вікових групах, а що стосується здорових осіб, то тут відмічаємо цікаву особливість. Суттєве зростання числа здорових осіб за рахунок практично здорових відбулось лише у віці 0-19 і 20-39 років, за рахунок чого число цих осіб збільшилось загалом. Очевидно, що саме в молодому віці люди перестали звертатись за медичною допомогою, передовсім з приводу гострих захворювань. А от в середньому (40-59) і похилому (60 і старше) віці число здорових різко скоротилось (в обох випадках у 2,4 рази), що є зайвим доказом загального погіршення здоров'я сільської людності.

Здоров'я людей – багатофакторна проблема. В табл. 2 представлені значення  $\chi^2$ , які свідчать про наявність чи відсутність зв'язку між вивченими факторами і рівнем здорових, практично здорових і хронічно хворих осіб. За величиною  $\chi^2$  фактори проранговані. Впадають у вічі такі закономірності.

По-перше, зв'язок між вивченими факторами і рівнем здоров'я та нездоров'я сільських мешканців за минулі 20 років посилюється, що є резуль-

татом зростаючого соціального розшарування людності. Про це свідчить те, що в 1981-1983 рр. із вивчених 17 факторів 5 не виявили зв'язку, в той час як у 2000-2002 рр. таких факторів було лише три. По 14 факторах із 17 величина коефіцієнта зв'язку зросла, в деяких випадках дуже суттєво.

І в 1981-1983, і в 2000-2002 рр. перше і друге місця у розмежуванні показників здоров'я і нездоров'я зайняли вік та значною мірою з ним пов'язаний сімейний стан. Практично не змінилось рангове місце такого фактора, як вживання тютюну (в обох випадках зв'язку не виявлено). Це, на наш погляд, обумовлено тим, що вживання тютюну в селах ще не торкнулось абсолютної більшості люду. В обох випадках високі рангові місця зайняли професія (відповідно 3 і 6 місця) та наявність професійних шкідливостей (6 і 9 місця). Водночас треба наголосити на таких різких переміщеннях у ранговій вазі окремих факторів. По-перше, різко зросло значення матеріального розшарування людності. Якщо в 1981-1983 рр. усі фактори матеріального стану людей, як от подушний дохід, матеріальний достаток та стан житла, не виявили зв'язку із показниками здоров'я і нездоров'я, то в 2000-2002 рр. вони цей зв'язок виявили і піднялись на чільні 5, 8 і 11 рангові місця. В попередній статті (Вісник.....2003, №1) ми писали про різкі зміни у стані сну у людей. Якщо 20 років тому лише 5 % людей недосипали, то тепер сон втратили більше половини обстежених. "Вага" сну в розмежуванні показників здоров'я і нездоров'я піднялась з 10 на 3 місце, майже не поступаючись такому фактору, як сімейний стан.

Таблиця 2. Ранговий розподіл чинників здоров'я сільських мешканців  $\chi^2$

Чинник	1981-1983		2000-2002	
	$\chi^2$	Ранг	$\chi^2$	Ранг
Стать	194,86	5	30,5	16
Вік	1298,48	1	2156,88	1
Сімейний стан	244,08	2	1338,71	2
Освіта	198,39	4	152,67	13
Професія	207,57	3	538	6
Професійні шкідливості	141,78	6	385,3	9
Подушний дохід	12,51	13	818,49	5
Матеріальний достаток	5,27	16	385,92	8
Житло	5,41	15	302,5	11
Режим харчування	50,96	12	831,75	4
Переважаючий стан їжі	78,02	8	137,97	14
Вживання тютюну	1,55	17	31,54	15
Вживання алкоголю	65,23	11	397,21	7
Психоемоційні перевантаження	68,72	9	21,97	17
Психічні травми в анамнезі	83,24	7	235,35	12
Стосунки в сім'ї та колективі	9,35	14	324,91	10
Сон	68,1	10	1337,69	3

Курсивом набрані значення  $\chi^2$ , що свідчать про відсутність зв'язку

Значно підсилилась роль вживання алкоголю (з 11 до 7 місця). Водночас стать, як про це йшлося вище, опустилась з 5 на 16 місце і втратила зв'язок із показниками здоров'я і нездоров'я.

В таблиці 3 фактори розставлені по місцях згідно з ваговим індексом окремо серед здорових, практично здорових і хронічно хворих. Звертають на себе увагу такі особливості. Діапазон вагових індексів значно зріс серед усіх трьох груп, що підтверджує зростання розшарування людності практично по всіх показниках.

Так, серед здорових діапазон вагових індексів зріс з 1,07-5,4 в 1981-1983 рр. до 1,11-19,38 в 2000-02 рр., серед практично здорових – з 1,01-4,04 до 1,26-9,91, серед хронічно хворих – з 1,07-10,95 до 1,01-17,89.

Діапазон вагових індексів серед здорових і хронічно хворих більш виражений порівняно з практично здоровими, що, на наш погляд, обумовлено більш чіткими окресленнями цих двох діаметрально протилежних груп, що характери-

зують здоров'я і нездоров'я людей. Деякі фактори займають приблизно однакові рангові місця серед усіх трьох груп людей. До таких найбільш вагомих факторів відносяться вік, сон, професія, професійні шкідливості, сімейний стан, найменш вагомим – вживання тютюну, переважаючий стан їжі. Інші фактори проявляють суттєві коливання.

Такі фактори, як вживання алкоголю, наявність психічних травм в анамнезі більш вагомі для здорових, ніж для хронічно хворих і, навпаки, такі фактори, як подушний дохід, матеріальний достаток, стать більш вагомі для хронічно хворих порівняно зі здоровими. Це слід розуміти таким чином, що вищезазначені фактори по-різному розмежовують групи здорових і хворих людей.

В табл. 4 наведена динаміка груп здоров'я залежно від сімейного стану і освіти. Звертає увагу, що за останні 20 років рівень хронічно хворих не змінився серед неодружених, різко зріс серед одружених і вдівців (вдів) (відповідно на 40,1 і 34,1%) і дещо знизився серед розлучених

Таблиця 3. Рангові місця чинників здоров'я сільських мешканців, визначені згідно з ваговим індексом

Чинник	Здорові				Практично здорові				Хронічно хворі			
	1981-1983		2000-2002		1981-1983		2000-2002		1981-1983		2000-2002	
	Ваговий індекс	Ранг	Ваговий індекс	Ранг	Ваговий індекс	Ранг	Ваговий індекс	Ранг	Ваговий індекс	Ранг	Ваговий індекс	Ранг
Стать	1,39	13	1,35	14	1,36	8	1,26	17	3,38	2	1,22	11
Вік	5,40	1	19,38	1	4,04	1	9,91	1	10,95	1	6,88	2
Сімейний стан	2,02	7	6,66	2	2,54	3	4,56	2	2,91	5	3,77	4
Освіта	1,58	10	1,78	11	2,25	4	1,58	15	2,98	4	1,51	10
Професія	2,64	4	2,97	5	2,14	5-6	3,48	5	3,25	3	2,00	8
Професійні шкідливості	2,04	6	2,9	6	1,84	7	2,11	10	1,94	7	2,20	6
Подушний дохід	1,50	12	2,49	9	1,12	14-15	2,68	7	1,71	9	3,16	5
Матеріальний достаток	1,07	17	1,76	12	1,19	10	1,67	13	1,28	14	2,08	7
Житло	1,76	8	1,48	13	1,33	9	2,59	8	1,61	10	1,8	9
Режим харчування	1,53	11	2,61	8	1,18	11-12	3,3	6	1,42	13	4,5	3
Переважаючий стан їжі	1,18	14	1,11	17	1,12	14-15	2,1	11	1,19	16	1,2	12-13
Вживання тютюну	1,17	15	1,27	15	1,15	13	1,72	12	1,23	15	1,07	15
Вживання алкоголю	1,68	9	4,47	3	1,18	11-12	3,63	4	1,51	12	1,2	12-13
Психоемоційні перевантаження	2,73	3	1,25	16	1,03	16	1,66	14	1,57	11	1,02	16
Психічні травми в анамнезі	2,25	5	2,63	7	2,14	5-6	1,46	16	1,83	8	1,18	14
Стосунки в сім'ї та колективі	1,12	16	2,21	10	1,01	17	2,56	9	1,07	17	1,01	17
Сон	3,30	2	3,57	4	2,90	2	4,32	3	2,30	6	17,89	1

Таблиця 4. Стан здоров'я сільських мешканців залежно від сімейного стану та освіти

Ознака	Розшарування в межах ознаки	Здорові		Практично здорові		Хронічні хворі	
		1981-1983	2000-2002	1981-1983	2000-2002	1981-1983	2000-2002
Сімейний стан	холості (незаміжні)	294,1±10,1	445,8±31,5	476,5±11,1	325,3±29,7	229,4±9,3	2289±26,6
	одружені	207,6±5,8	247,9±6,1	303,9±6,6	67,5±3,5	488,5±7,2	681,6±6,5
	вдівці (вдови)	149,9±11,1	66,9±9,3	207,5±12,6	71,2±9,6	642,6±14,9	861,9±12,9
	розлучені	145,8±29,4	169,5±28,2	187,5±32,5	237,3±32,0	666,7±39,3	593,2±36,9
Освіта	початкова	167,1±6,1	452,6±20,8	239,1±6,9	105,3±12,9	593,8±8,0	442,1±20,8
	неповна середня, середня	263,4±8,0	253,4±12,6	537,1±9,1	73,0±7,5	199,5±7,3	667,6±13,7
	незакінчена вища, вища	264,0±16,7	295,4±12,9	410,1±18,6	66,6±7,0	325,9±17,7	638,0±13,6

(на 12,4%). Рівень здорових різко впав серед вдівців (вдів) – у 2,2 рази і зріс в інших групах. Найздоровішим виглядав 20 років тому прошарок осіб з неповною середньою і середньою освітою, а тепер він має найгірше здоров'я. Це зумовлено, на наш погляд, тим, що раніше цей прошарок був "вибраним", тепер він уособлює основну масу людей на селі.

Як було сказано вище, професійний фактор є одним з основних, що впливає на здоров'я сільського люду. Із табл. 5 видно, що за останні 20 років стабільними і порівняно кращими залишились показники здоров'я серед службовців. Тут рівень хронічно хворих зріс незначно (на 13,2%), а здорових – на 94,9%. Так само стабільно, але

в гіршому варіанті, залишилось здоров'я рільників. Рівень здоров'я серед них зріс не набагато (15,9%), а рівень хронічно хворих зріс більш вагомо (на 25,4%). В інших двох групах – механізаторів і робітників промислових підприємств, – які раніше вирізнялись найліпшим здоров'ям, справи різко пішли вниз. Рівень здорових суттєво знизився (відповідно на 34,7% і в 2,6 рази), а хронічно хворих різко зріс (у 3,7 і 4,1 рази). Як і 20 років тому, так і тепер, рівень здоров'я осіб, що не мають професійних шкідливостей, суттєво вищий порівняно з тими, що їх мають.

Здоров'я бідних порівняно з багатими гірше і ця різниця за останні два десятиліття різко зростає (табл. 6). Так, якщо рівень здорових у бідних

Таблиця 5. Професійні особливості здоров'я сільських мешканців (%о, Р±m)

Ознака	Розшарування в межах ознаки	Здорові		Практично здорові		Хронічні хворі	
		1981-1983	2000-2002	1981-1983	2000-2002	1981-1983	2000-2002
Професія	службовці	250,0±20,0	487,2±23,1	410,2±22,7	128,2±15,5	339,8±21,9	384,6±22,5
	рільники	158,2±6,6	183,4±7,0	227,5±7,6	46,1±14,7	614,3±8,8	770,5±7,7
	механізатори	324,3±22,2	240,9±15,6	486,5±23,7	64,4±9,0	189,2±18,6	694,7±16,9
	робітники промислових підприємств	417,7±32,0	163,6±16,6	407,8±31,9	127,3±15,0	174,5±24,7	709,1±20,4
	інші	239,0±10,1	375,0±26,4	357,6±11,4	160,7±20,0	403,4±11,7	464,3±27,2
Професійні шкідливості	є	146,8±6,2	159,3±6,7	196,2±6,9	93,0±5,3	657,0±8,3	747,7±7,9
	нема	300,0±8,5	464,6±13,5	361,6±8,9	196,9±10,8	338,4±8,8	338,5±12,8

Таблиця 6. Вплив матеріального достатку на здоров'я сільських мешканців (%о, Р±m)

Ознака	Розшарування в межах ознаки	Здорові		Практично здорові		Хронічні хворі	
		1981-1983	2000-2002	1981-1983	2000-2002	1981-1983	2000-2002
Розмір подушного доходу	бідні	247,0±5,1	227,5±5,8	361,3±5,7	79,5±3,8	391,7±5,8	693,0±6,4
	середняки	247,9±10,4	457,8±11,8	403,5±11,8	145,3±8,4	348,6±11,5	396,9±11,6
	багаті	371,4±47,2	567,4±21,4	400,0±47,8	213,5±17,7	228,6±41,0	219,1±17,9
Наявність деяких предметів побуту	холодильник	244,1±7,3	310,4±5,4	377,9±8,3	106,1±3,6	378,0±8,3	583,5±5,7
	телевізор	260,2±5,4	308,1±5,4	385,9±5,9	105,2±3,6	353,9±5,8	586,7±5,7
	автомобіль	255,6±26,5	542,7±8,7	449,4±30,3	176,3±6,7	295,0±27,8	281,0±7,9
Житло	задовільне	267,1±5,0	429,0±6,1	387,5±5,5	225,3±5,6	345,4±5,3	345,7±5,9
	незадовільне	151,8±12,0	288,2±14,5	290,4±15,2	86,7±9,0	557,8±16,6	625,1±15,5



залишився практично незмінним, то у багатих він зріс на 52,8 %, тоді як рівень хронічно хворих у багатих практично не змінився, а у бідних зріс на 77,2 %. Це підтверджується і іншими показниками матеріального благополуччя. У осіб, що мають автомобілі і задовільне житло, рівень здоров'я вищий порівняно з тими, хто має скромніші статки і незадовільне житло.

Серед показників, які характеризують спосіб життя селян, найбільш показовими виявились

режим харчування і вживання алкоголю (табл.7). У тих, хто регулярно і 3-4 рази на день харчуються, рівень здорових виріс у 2,3 рази, а хронічно хворих упав у 2,3 рази, і, навпаки, в альтернативній групі рівень здорових змінився мало, а хронічно хворих зріс на 38,0 %. Найгіршим виглядає здоров'я у осіб, що зловживають алкоголем. Рівень здоров'я серед них за двадцятилітній період упав у 2,6 рази, а рівень хронічно хворих зріс на 37,1 %.

Таблиця 7. Спосіб життя і здоров'я сільських мешканців (%<sub>0</sub>, P±m)

Ознака	Розширення в межах ознаки	Здорові		Практично здорові		Хронічні хворі	
		1981-1983	2000-2002	1981-1983	2000-2002	1981-1983	2000-2002
Харчування	1-2 рази на добу	175,4±24,9	232,4±17,6	320,4±30,5	72,0±10,8	504,2±32,7	695,6±19,2
	3-4 рази на добу	267,7±4,8	607,7±12,6	378,2±5,3	237,8±11,0	354,1±5,2	154,5±9,4
Переважаючий стан їжі	гарячий	223,9±6,1	307,3±7,3	302,9±6,7	89,5±4,5	473,2±7,2	603,2±7,6
	холодний	264,2±17,5	286,4±17,3	338,2±18,8	154,9±14,3	397,6±19,4	558,7±13,6
	гострий	242,1±25,4	311,7±21,5	315,8±27,5	188,3±18,1	442,1±29,4	500,0±23,2
	солоний	237,5±27,5	318,8±23,7	312,5±29,9	152,2±17,8	450,0±32,1	529,0±24,8
Вживання тютюну	не вживає	269,0±6,6	289,8±6,1	385,9±7,2	92,2±3,9	345,1±7,1	618,0±6,6
	помірно вживає	254,2±14,5	341,3±14,1	397,9±16,3	82,7±8,2	347,9±15,9	576,0±14,7
	зловживає	230,0±26,5	267,2±34,1	345,2±29,9	142,5±27,0	424,8±31,1	589,2±38,0
Вживання алкоголю	не вживає	336,7±7,1	296,5±7,8	308,1±6,9	141,2±6,3	355,2±7,2	562,3±26,8
	помірно вживає	201,0±9,2	358,3±8,7	261,9±10,1	66,1±4,5	537,1±11,5	575,6±9,0
	зловживає	210,1±21,6	80,0±31,3	294,0±24,1	240,0±49,3	495,9±26,5	680,0±54,0

У табл. 8 представлено дані впливу психоемоційного стану на здоров'я і нездоров'я сільських мешканців. Серед показників цього стану найвагомими виявились сон і наявність в анамнезі психічних травм і стресів. У людей із достатнім сном різко зріс рівень здоров'я (у 2,6 рази) і так же впав рівень хронічно хворих (у 8,3 рази). Правда, частка таких осіб, що тепер нормально і спо-

кійно сплять на селі, теж різко скоротилась, про що йшлося у попередній статті. У людей, що мають недостатній сон, рівень хронічно хворих залишився стабільно високим, а серед здорових і практично здорових, до яких відноситься лише кожна четверта особа із цієї групи, відбулись внутрішні переміщення в бік зменшення практично здорових осіб і збільшення здорових.

Таблиця 8. Психоемоційний стан і здоров'я сільських мешканців (%<sub>0</sub>, P±m)

Ознака	Розширення в межах ознаки	Здорові		Практично здорові		Хронічні хворі	
		1981-1983	2000-2002	1981-1983	2000-2002	1981-1983	2000-2002
Психогенні перевантаження	є	113,3±21,1	268,3±7,8	380,3±32,4	135,6±6,0	506,4±33,3	596,1±8,6
	немає	309,0±5,7	335,5±7,2	369,2±6,0	81,2±4,2	321,8±5,8	583,3±7,6
Психічні травми в анамнезі	були	127,7±28,1	97,9±9,5	148,9±30,0	113,1±10,1	723,4±37,7	789,0±13,0
	не було	286,7±5,5	258,0±6,0	319,1±5,7	77,4±3,7	394,2±6,0	664,6±6,5
Стосунки в сім'ї та колективі	сприятливі	251,3±4,7	309,9±5,4	371,1±5,2	101,5±3,5	377,6±5,3	588,6±5,7
	конфліктні	223,9±29,4	140,0±28,3	373,1±34,1	260,0±35,8	403,0±35,0	600,0±40
Сон	достатній	268,2±4,8	697,5±11,3	388,0±5,3	260,9±10,8	343,8±5,2	41,6±4,3
	недостатній	74,6±13,1	195,3±5,2	134,3±17,0	60,3±3,1	791,1±20,3	744,4±5,7

### Висновки

1. Дослідження показало, що фактори, які зумовлюють здоров'я і нездоров'я сільських мешканців, є дуже лабільними, а показники здоров'я і нездоров'я дуже чутливо на них реагують. Це викликає необхідність забезпечення керівника охорони здоров'я постійною інформацією щодо змін, які відбуваються в умовах і способі життя людей та стані їхнього здоров'я.
2. За останні 20 років здоров'я сільських мешканців різко погіршало. Про це свідчить зростаючий рівень хронічно хворих і зниження рівня здорових в основних вікових групах на селі – середній працездатній і похилого віку.
3. Добрим здоров'ям на селі відрізняються люди, що матеріально забезпечені, працюють у нешкідливих умовах, добре сплять, не п'ють і не мають психічних травм в анамнезі. Частина таких людей на селі суттєво знизилась за останні 20 років. Нездоров'я притаманне передовсім для людей бідних зі шкідливими умовами праці, з порушенням сну, зловживання алкоголем і психічно травмованих. Число таких людей на селі зростає.

### Список літератури

1. Грузєва Т.С. Здоров'я населення в умовах соціальної стратифікації суспільства // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2002. – №4. – С. 22-28.
2. Грузєва Т.С. Методологія та програма комплексного поглибленого вивчення захворюваності населення за даними звертань в лікувально-профілактичні установи // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. – №4. – С. 43-46.
3. Грузєва Т.С. Сучасні особливості та тенденції стану здоров'я сільського населення // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. – №1. – С. 21-29.
4. Грузєва Т.С. Фактори ризику в формуванні здоров'я населення // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. – №2. – С. 9-17.
5. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г.: системы здравоохранения; улучшение деятельности. – Женева, Швейцария, 2001. – 232 с.
6. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2002 г. – ЕРБ ВОЗ. – Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, №97. – 156 с.
7. Здоровье 21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе. Европейская серия "Здоровье для всех", №6. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1999. – 310 с.
8. Максимова Т.М. Современные проблемы и перспективы оценки здоровья населения как основа реформирования здравоохранения // Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. – 2000. – №5. – С. 9-15.
9. Уваренко А.Р., Романюк Л.М. Інтегрована оцінка здоров'я мешканців України // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2002. – №4. – С. 39-44.

### ЗДОРОВЬЕ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ И ФАКТОРЫ, ЕГО ОБУСЛОВЛИВАЮЩИЕ

Н.М.Семків (Тернополь)

Изучено влияние таких факторов на здоровье сельских жителей: пол, возраст, семейное положение, образование, профессия, материальное благосостояние, образ жизни, психоэмоциональное состояние.

### HEALTH OF COUNTRY DWELLERS AND IT'S PROMOTING FACTORS

N.M. Semkiv (Ternopil)

The following factors, which have influence on health of country dwellers, were studied: sex, age, family state, education, profession, wealth, life style, psychoemotional condition.

УДК 616.1-036.88 (477.84)

Н.Є. ФЕДЧИШИН (Тернопіль)

## ДИНАМІКА СМЕРТНОСТІ МЕШКАНЦІВ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ ВІД ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я.Горбачевського

**Вступ.** За даними офіційної статистики смертність від серцево-судинних хвороб в Україні невинно зростає. Останнім часом спостерігається критичне зростання цього показника, особливо серед осіб працездатного віку. У 2002 році частка померлих від цієї причини склала 61,3 % [1, 12, 13]. В Україні смертність працездатного населення, особливо чоловіків, значно перевищує

аналогічні показники інших країн, і саме за рахунок кардіоваскулярних хвороб [1, 2, 13].

На фоні зниження смертності населення Європи у 1990-2000 роках від найбільш поширених хвороб системи кровообігу в середньому на 25 %, в Україні темп приросту смертності від серцево-судинних захворювань досяг 34 % (табл. 1).

Таблиця 1. Динаміка загальної смертності населення від хвороб системи кровообігу за даними ВООЗ (на 100 тис. населення), показники стандартизовані за віком і статтю

Країна	1990	1995	1998	2000	Темп приросту, % порівняно з 1990 р.
<b>Україна</b>	<b>589,0</b>	<b>780,2</b>	<b>768,2</b>	<b>790,7</b>	<b>34,2</b>
Великобританія	363,6	317,2	286,0	274,8	-24,4
Німеччина	398,6	343,8	316,9	307,2	-22,9
Фінляндія	414,6	354,0	350,4	298,2	-28,0
Франція	205,6	182,7	175,6	178,2	-13,3
Швеція	339,7	295,9	238,4	272,7	-19,7
Польща	589,0	532,2	550,7	469,0	-20,4

Аналізуючи основні причини негативних тенденцій стосовно смертності населення від хвороб системи кровообігу, співробітники Українського НДІ кардіології ім. М.Д.Стражеска вказують на найбільш значущі, а саме: низька ефективність первинної і вторинної профілактики ішемічної хвороби серця та артеріальної гіпертензії, пізнє виявлення та несвоєчасна диспансеризація хворих, необґрунтована практика щодо скорочення кардіологічного ліжкового фонду та кардіологічних кабінетів поліклінік [4, 5, 6, 7].

**Матеріали та методи.** За даними офіційної статистичної звітності нами проведено вивчення динаміки показників смертності населення Тернопільської області від хвороб системи кровообігу. Показники аналізувались за останні 5 років (1998-2002 рр.) та порівнювались із 1990 роком. Пересічні показники по області порівнювались із аналогічними даними по Україні (табл. 2).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Дані таблиці 2 свідчать про негативні тенденції стосовно смертності населення від хвороб системи кровообігу. За відносно невеликий період часу (11 років) рівень загальної смертності

від ХСК зріс загалом в Україні на 45,4 %, в Тернопільській області – на 62,2 %. Спостерігаються високі темпи росту практично за всіма основними нозологічними формами, крім гострого інфаркту міокарда. У 1990р. загальна смертність мешканців Тернопільської області від всіх хвороб була дещо вища від аналогічного показника в Україні (1265,7 і 1213,3 на 100 тис. населення), тоді як рівень смертності від всіх ХСК відмічався нижчий. У 1998р. і в наступні роки ситуація змінилася: рівень загальної смертності від всіх хвороб спостерігався нижчий у Тернопільській області порівняно з пересічним рівнем в Україні, а від класу ХСК і ІХС, зокрема, був навпаки, вищий в області.

Аналізуючи динаміку смертності від серцево-судинних хвороб, слід відмітити, що в Тернопільській області у 2001 р. порівняно з 1990-м відмічався більше, ніж в 4 рази вищий темп приросту смертності від ІХС та більше, ніж в 5 разів вищий темп приросту смертності від цереброваскулярних хвороб, ніж загалом в Україні. Викликає сумнів різке зниження смертності від гострого інфаркту міокарда у Тернопільській облас-

Таблиця 2. Динаміка загальної смертності від хвороб системи кровообігу (на 100 тис. населення)

№	Причина смерті	1990		1998		1999		2000		2001		Темп приросту, % порівняно з 1990р.	
		Україна	Тернопільська область	Україна	Тернопільська область	Україна	Тернопільська область	Україна	Тернопільська область	Україна	Тернопільська область	Україна	Тернопільська область
1	Всі хвороби	1213,3	1265,7	1431,2	1344,4	1481,1	1413,4	1538,3	1365,5	1521,2	1421,7	25,4	12,3
2	Хвороби системи кровообігу	641,5	580,3	862,8	873,9	899,5	873,9	937,1	899,3	932,9	941,6	45,4	62,2
3	Ішемічна хвороба серця	495,4	406,7	557,3	707,4	575,4	706,5	601,8	748,4	604,7	784,1	22,0	93,1
4	Цереброваскулярні хвороби	209,3	86,9	229,7	100,9	231,6	100,9	234,4	113,9	228,7	129,8	9,0	49,4
5	Гіпертонічна хвороба (всі форми)	73,6	58,4	104,1	63,9	126,3	73,1	131,0	83,3	144,6	96,5	97,3	65,5
6	Гострий інфаркт міокарда	17,8	16,4	18,9	13,2	19,3	13,2	19,0	10,9	17,5	13,6	-1,7	-17,1

ті (у 10 разів нижче порівняно з Україною) на фоні вищого рівня смертності від ХСК загалом і особливо від ІХС.

Нами вивчена також динаміка смертності мешканців Тернопільської області від серцево-судинних хвороб загалом та гострого інфаркту міокарда зокрема, в розрізі районів (табл. 3, 4).

Аналіз даних таблиці 3 свідчить про чітку тенденцію до росту смертності від ХСК у всіх районах області. Разом з тим, виявлено суттєві коливання показника смертності в різних районах. Так, в 1990 р. найнижчий рівень смертності спостерігався у Гусятинському (546,0) та Бережанському (548,2) районах, найвищий – у Лановецькому (825,4) та Монастирському (816,4) районах. Наближені до середньообласного рівня (580,3) були показники у Заліщицькому (578,0), Зборівському (596,4) та Тернопільському (578,9) районах. У 2002 році ситуація дещо змінилася. Найнижчий рівень смертності від ХСК зареєстровано у Бучацькому (853,8) та Чортківському (908,0) районах, найвищі показники були у Монастирському (1230,3), Зборівському (1217,9) та Підгаєцькому (1216,8) районах. В межах пересічного обласного рівня (919,2) спостерігались показники у Тернопільському (925,9) та Бережанському (951,4) районах.

Темп приросту смертності від ХСК коливався від 36,1 % у Чортківському районі до 104,2 % у Зборівському. Пояснити такий широкий діапазон коливань показника в межах однієї, невеликої за територією, області неможливо без поглибленого вивчення впливу соціально-економічних факторів, особливостей вікової та статевий структури населення.

Динаміка смертності від гострого інфаркту міокарда в районах Тернопільської області наведена в таблиці 4.

На відміну від чіткої тенденції до росту смертності від ХСК загалом, динаміка смертності від гострого інфаркту міокарда характеризується широким діапазоном коливань як у бік росту, так і стосовно зниження. Рівень смертності від ГІМ у 1990 р. коливався від 5,5 у Бережанському районі до 35,1 у Чортківському, у 2002 році – від 4,3 у Підгаєцькому до 19,7 у Тернопільському районі.

Темп приросту смертності від гострого інфаркту міокарда в районах області характеризується значною варіабельністю. Якщо загалом в області в 2002 р. порівняно з 1990-им смертність від ГІМ знизилась на 15,2 %, що важко пояснити на фоні зростання смертності від ХСК в цілому на 62 % і особливо від ІХС на 93 %, то в окремих районах мали місце значні коливання темпу при-



Таблиця 3. Динаміка загальної смертності мешканців Тернопільської області від хвороб системи кровообігу (на 100 тис. населення)

№ п/п	Райони	1990	1998	1999	2000	2001	2002	Темп приросту, % порівняно з 1990 р. (+)зростання (-) зниження
1	Бережанський	548,2	945,8	1080,1	1035,4	1039,9	951,4	73,5
2	Борщівський	628,7	976,5	1068,9	1009,8	1023,0	1058,5	68,4
3	Бучацький	546,0	882,4	875,0	859,8	810,4	853,8	56,4
4	Гусятинський	794,6	1026,3	1130,5	1048,4	1130,9	1163,9	46,5
5	Заліщицький	578,0	974,4	976,3	1041,9	1069,8	958,2	65,8
6	Збаразький	606,9	919,6	1041,0	1055,9	1139,0	1125,7	85,5
7	Зборівський	596,4	1096,6	1317,2	1124,7	1171,0	1217,9	104,2
8	Козівський	656,7	1148,0	1033,4	975,3	1077,2	1021,4	55,5
9	Кременецький	669,7	1104,0	1101,4	1091,2	1124,5	1096,5	63,7
10	Лановецький	825,4	1044,6	1136,9	1075,5	1232,2	1164,6	41,1
11	Монастирський	816,4	1144,8	1139,3	1184,8	1042,4	1230,3	50,7
12	Підволочиський	639,7	1160,6	1171,2	1085,4	1070,3	1094,1	71,0
13	Підгаєцький	немає даних	1091,6	1250,0	1066,3	1246,9	1216,8	
14	Теребовлянський	694,8	1121,7	1171,0	1102,9	1052,5	1084,7	56,1
15	Тернопільський	578,9	925,4	973,5	981,9	1047,8	925,9	59,9
16	Чортківський	667,0	855,5	894,4	886,0	989,9	908,0	36,1
17	Шумський	599,4	1092,3	1252,7	1175,2	1327,7	1033,9	72,5
18	Тернопільська обл.	580,3	873,0	933,7	899,3	941,6	919,2	58,4
19	м. Тернопіль	265,9	332,6	352,1	377,9	392,9	407,1	53,1
20	Україна	641,5	862,8	899,5	937,1	932,9	964,6	50,4

Таблиця 4. Динаміка загальної смертності мешканців Тернопільської області від гострого інфаркту міокарда (на 100 тис. населення)

№ п/п	Райони	1990	1998	1999	2000	2001	2002	Темп приросту, % порівняно з 1990 р. (+)зростання (-) зниження
1	Бережанський	5,5	4,3	4,3	8,8	2,2	4,4	-20,0
2	Борщівський	11,3	7,8	15,6	5,2	7,9	11,8	4,4
3	Бучацький	16,5	7,4	10,4	10,4	2,9	7,4	-55,2
4	Гусятинський	13,9	13,1	8,7	6,0	9,0	6,0	-56,8
5	Заліщицький	15,9	14,5	10,9	7,4	5,5	5,5	-65,4
6	Збаразький	31,4	22,9	13,1	1,6	21,6	14,9	-52,5
7	Зборівський	21,6	10,5	12,6	8,4	12,7	16,9	-21,8
8	Козівський	9,1	11,9	21,4	14,5	4,8	14,5	59,3
9	Кременецький	10,4	11,8	11,8	9,3	26,6	13,3	27,9
10	Лановецький	5,5	8,9	14,8	18,4	30,7	6,1	10,9
11	Монастирський	18,6	5,5	11,1	11,3	19,9	8,5	-54,3
12	Підволочиський	7,8	12,6	10,5	10,8	8,6	8,6	10,3
13	Підгаєцький	немає даних	12,5	25,0	8,6	8,6	4,3	
14	Теребовлянський	16,6	10,9	5,4	2,7	5,5	5,5	-66,9
15	Тернопільський	20,3	11,5	9,9	24,7	13,1	19,7	-3,0
16	Чортківський	35,1	15,7	21,8	20,7	24,4	8,5	-75,8
17	Шумський	10,2	-	8,1	8,3	16,6	13,8	35,3
18	Тернопільська обл.	16,4	13,2	13,2	10,9	13,6	13,9	-15,2
19	м. Тернопіль	17,0	21,2	19,9	17,1	20,9	28,7	68,8
20	Україна	17,8	18,9	19,3	19,0	17,5	17,9	0,6

росту від зниження на 75,8 % у Чортківському районі до росту на 59,3 % у Козівському.

Така значна варіабельність показника свідчить, на нашу думку, перш за все про недооблік гострого інфаркту міокарда, низький рівень діагностики цієї патології і низьку достовірність офіційної статистичної інформації стосовно причин смерті.

За даними ВООЗ, 1997 р. [4] смертність від гострого інфаркту міокарда у розвинутих країнах Західної Європи є значно вищою від пересічного рівня в Україні. Так, наприклад, у Великобританії вона становила 126,3 на 100 тис. насе-

лення, у Польщі – 74,2, тоді як в Україні – лише 18,9. В цих країнах основною причиною смерті при ІХС є, насамперед, гострий інфаркт міокарда та раптова (аритмічна) смерть, а в нашій країні – так званий кардіосклероз.

Таким чином, відносно стабільна ситуація стосовно смертності населення від гострого інфаркту міокарда в нашій державі за 12-річний період на фоні значного росту смертності від хвороб системи кровообігу загалом і особливо від ішемічної хвороби серця суперечить логіці і свідчить про низьку вірогідність офіційної статистичної інформації.

### Висновки

1. Рівень смертності населення від хвороб системи кровообігу у 2001 р. зріс загалом в Україні порівняно з 1990-им роком на 45,4 %, в Тернопільській області – на 62,2 %.
2. Високі темпи росту смертності спостерігались практично за всіма нозологічними формами, крім гострого інфаркту міокарда.
3. За досліджуваний період в Тернопільській області спостерігався в 4 рази вищий темп приросту смертності від ішемічної хвороби серця та в 5 разів вищий темп приросту смертності від цереброваскулярних хвороб порівняно з пересічними даними в Україні.
4. Значно нижчий рівень смертності населення від гострого інфаркту міокарда в Україні та, зокрема, в Тернопільській області порівняно з розвинутими країнами світу, свідчить про значний рівень недообліку даної патології в нашій країні та низьку достовірність офіційної статистичної інформації стосовно причин смерті.

### Список літератури

1. Бобров В.О., Дорогий А.П. Про стан кардіологічної служби України // Доповідь на V з'їзді кардіологів України, 1997.
2. Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О. Соціальна медицина організація та економіка охорони здоров'я // Тернопіль – Київ – Вінниця: Джура, 1997.- 328 с.
3. Дорогой А.П. Динамика и структура смертности населения Украины при сердечно-сосудистой патологии. В кн.: Реабилитация больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в респ. Беларусь.- Витебск, 1997.- С. 44-46.
4. Коваленко В.М., Криштопа Б.П., Корнацький В.М. Проблеми здоров'я та оптимізації медичної допомоги населенню України: Київ.- 2002.- 202 с.
5. Коваленко В.М., Дорогий А.П. Пріоритет і головні напрямки діяльності кардіологічної служби МОЗ України // Матер. VI Конгресу кардіологів України 18-21 вересня 2000 року. Тези наук. допов. К.: Моріон, 2000. – С. 232-233.
6. Коваленко В.М., Корнацький В.М., Лутай М.І. та ін. Артеріальна гіпертензія – медико-соціальна проблема. Метод. посібник Інст. кардіології ім. М.Д. Стражеска АМН України. – Київ, 2002. – 101 с.
7. Корнацький В.М. Медико-соціальна значущість серцево-судинних захворювань в стані здоров'я населення України в сучасних умовах // Вісник наукових досліджень. – 2000. – № 3. – С. 34-38.
8. Крижанівський В.О. Діагностика та лікування інфаркту міокарда. К.: Фенікс, 2000. – 451 с.
9. Лами Дж. Програма ВООЗ по серцево-судинним захворюванням в Європе. – М., 1986.
10. Москаленко В.Ф., Коваленко В.М. Кардіологія в Україні: реальність і перспективи // Укр. кардіол. журнал. – 2001. – № 1. – С. 5-20.
11. Основні показники діяльності кардіологічної та ревматологічної служб лікувально-профілактичних закладів України за 2001-2002 роки (аналітично-статистичний посібник): Інститут кардіології ім. М.Д.Стражеска АМН України. – Київ. – 2003.
12. Статистичні довідники Центру медичної статистики МОЗ України за 1990, 1998-2002 рр.
13. Чепелевська Л.А. та ін. Сучасні тенденції смертності працездатного населення України // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 1999. – №1. – С. 30-34.
14. Sans S., Kesteloot H., Kromhout G. Тягар смертності від серцево-судинних захворювань у Європі та в Україні. За матеріалами доповіді Робочої групи Європейського товариства кардіологів зі статистики серцево-судинної захворюваності і смертності // Медицина світу. – Львів, 1998. – № 3. – С. 149-158.

**ДИНАМИКА СМЕРТНОСТІ ЖИТЕЛЕЙ ТЕРНОПОЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ**

Н.Е.Федчишин (Тернополь)

На основании анализа показателей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний населения Тернопольской области за период 1998-2002 гг. в сравнении с 1990 г., изучена динамика показателей, основные закономерности и тенденции смертности от наиболее важных болезней системы кровообращения.

**MORTALITY RATE DYNAMICS OF THE BLOOD CIRCULATION SYSTEM DISEASES OF POPULATION IN TERNOPIL REGION**

N.E.Fedchyshyn (Ternopil)

Mortality rate indices of cardiovascular diseases of population in Ternopil region were analyzed for 1998-2002 years, and were compared with 1990 year, the dynamics of indices, the main conformities and tendencies of mortality of the most important circulation diseases were studied.

**ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

УДК 616.33/.34-089.06-036.86:364.444

С.В. АФАНАСЬЄВ (Дніпропетровськ)

**ОРГАНІЗАЦІЙНІ АСПЕКТИ РОЗРОБКИ АЛГОРИТМУ КЛІНІКО-ЕКСПЕРТНОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ У ХВОРИХ ТА ІНВАЛІДІВ З УСКЛАДНЕННЯМИ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ НА ОРГАНАХ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ**

Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності

Наприкінці минулого сторіччя в системі медико-експертної допомоги України під впливом потреб часу та відповідно до основного вектора соціальної політики держави у галузі охорони здоров'я поступово чітко сформувався реабілітаційний напрям роботи. Термін "реабілітація" вперше був озвучений на засіданні комітету експертів ВООЗ у 1958 р. і вміщує цілий комплекс взаємопов'язаних та взаємообумовлених медичних, професійних та соціальних заходів, що спрямовані на повну або максима-

льно можливу реінтеграцію хворої людини у суспільство [6].

Слід зазначити, що на сьогодні остаточно сформувалась самостійна наукова дисципліна – реабілітологія [7]. Завданням її є наукове обґрунтування та розробка системи медичних, соціально-економічних, професійних та інших заходів щодо максимально можливого відновлення життєдіяльності хворих, які зазнали різнобічних обмежень внаслідок захворювань, травм або вроджених дефектів.

Завдяки роботам багатьох вітчизняних та зарубіжних авторів такі загальні питання реабілітології, як організація та основні методологічні принципи реабілітаційної допомоги, висвітлені досить всебічно і повно [3–5]. Водночас провідні фахівці різних галузей медичної науки приділяють все більше уваги розробці сучасних реабілітаційних технологій для окремих видів інвалідизуючої патології [1,8]. Результатом цієї роботи стало суттєве підвищення якості та ефективності медико-експертної допомоги хворим та інвалідам внаслідок ортопедо-травматологічної, кардіологічної, офтальмологічної, неврологічної патологій.

Привертає увагу те, що переважна більшість авторів, розглядаючи питання відновного лікування, не зовсім адекватно використовують термін “реабілітація”. Слід зазначити, що відновне лікування є однією з основних складових реабілітаційного процесу, який повинен вміщувати комплекс різнопланових заходів, спрямованих на підвищення якості життя та ресоціалізацію хворої людини.

Надання реабілітаційної допомоги при будь-якій інвалідизуючій патології повинне розпочинатися з адекватної всебічної клініко-експертної та реабілітаційної діагностики, що дає можливість визначити весь спектр чинників обмеження життєдіяльності пацієнта.

Поряд з цим, сьогодні у практиці медичної та експертно-реабілітаційної допомоги хворим та інвалідам з ускладненнями після оперативних втручань на органах шлунково-кишкового тракту (ШКТ) в основному використовується загальноприйнятий діагностичний алгоритм, який був рекомендований “Тимчасовими галузевими стандартами діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги”, затвердженими наказом МОЗ України від 27.07. 1998 р. №226 (надалі – стандартний діагностичний комплекс). Але і досі відсутні літературні дані щодо ефективності застосування вказаного комплексу при проведенні клініко-експертної та реабілітаційної діагностики у даної категорії пацієнтів.

Метою дослідження є визначення адекватності застосування стандартного діагностичного комплексу у практиці медико-експертної і реабілітаційної допомоги хворим та інвалідам з ускладненнями після оперативних втручань на органах ШКТ, а також розробити ефективний специфічний діагностичний алгоритм для вказаної інвалідизуючої патології.

Об’єктом дослідження була сукупність хворих та інвалідів внаслідок ускладнень після оперативних втручань на органах ШКТ – 185 осіб. Обстежено: хворих – 67, інвалідів III групи – 106, II групи – 12.

Переважній більшості хворих, що не були інвалідами, за тяжкістю основної патології, функціональних розладів та ступенем обмеження життєдіяльності необхідно було визначити ту чи іншу групу інвалідності, але з різних причин вони не звертались до МСЕК.

Серед обстежених було 114 чоловіків віком 17 – 80 років та 71 жінка віком 26 – 77 років. Всі хворі та інваліди були оперовані на органах ШКТ з приводу неонкологічної патології органів травлення, а у післяопераційному періоді у них мали місце ускладнення або пролонгація основного процесу.

Розподіл пацієнтів за основною інвалідизуючою патологією був наступним: хворі з післярезекційними та післяваготомічними синдромами – 52 особи; хворі на хронічний панкреатит – 45 осіб; хворі на спайкову хворобу черевної порожнини – 45 осіб; хворі з післяопераційними вен-тральними грижами – 43 особи.

Дослідження відбувалось у двох напрямках – клініко-експериментальному та соціально-гігієнічному. В клініко-експериментальному напрямку проведено поглиблене всебічне обстеження дослідної групи хворих із застосуванням загальноприйнятих методів клініко-лабораторної, рентгенологічної, функціональної діагностики, що використовуються в гастроентерологічній практиці згідно з рекомендованими стандартами, а також спеціальних високо специфічних радіоізотопних, імуноферментних та біохімічних методів обстеження, які застосовуються при наданні цій категорії пацієнтів спеціалізованої та висококваліфікованої допомоги в ЛПЗ III-IV рівня.

Вивчались також соціально-гігієнічні проблеми ефективності реабілітаційних заходів, які, крім відновлення втраченої функції, включають також адаптацію до повсякденного життя і професійної діяльності, соціальну реадaptaцію, диспансерне обслуговування хворих. У здійсненні реабілітаційної програми лікарю належить провідна роль, характер якої змінюється на різних етапах роботи. Водночас реабілітація є загальною справою медиків, психологів, педагогів, економістів, господарських і профспілкових працівників та інших осіб, що безпосередньо беруть участь у її здійсненні: лікарів з трудотерапії, решти медичного персоналу і самого хворого, дисциплінованість якого підвищує ефективність реабілітаційних заходів. У соціально-гігієнічному напрямку дослідження були використані такі методи: безпосереднього спостереження, класифікації (без вчителя), експертних оцінок, системного підходу та аналізу [5].

**Результати та їх обговорення.** Інтегральна оцінка результатів активного динамічного спостереження, поглибленого обстеження та про-



ведення комплексної індивідуальної реабілітації дослідної групи хворих та інвалідів з ускладненнями після оперативних втручань на органах ШКТ у період 1999-2003 рр., а також аналіз літературних даних дозволили розробити базову схему процесу інвалідизації хворих, яка вміщує патогенетичні та соціальні фактори, що потребують

об'єктивізації у процесі клініко-експертної діагностики (рис. 1).

Отримані дані свідчать, що ефективність реабілітаційних заходів значно залежить від вірогідності діагностики та об'єктивізації морфологічних та функціональних порушень, які притаманні вказаній патології.

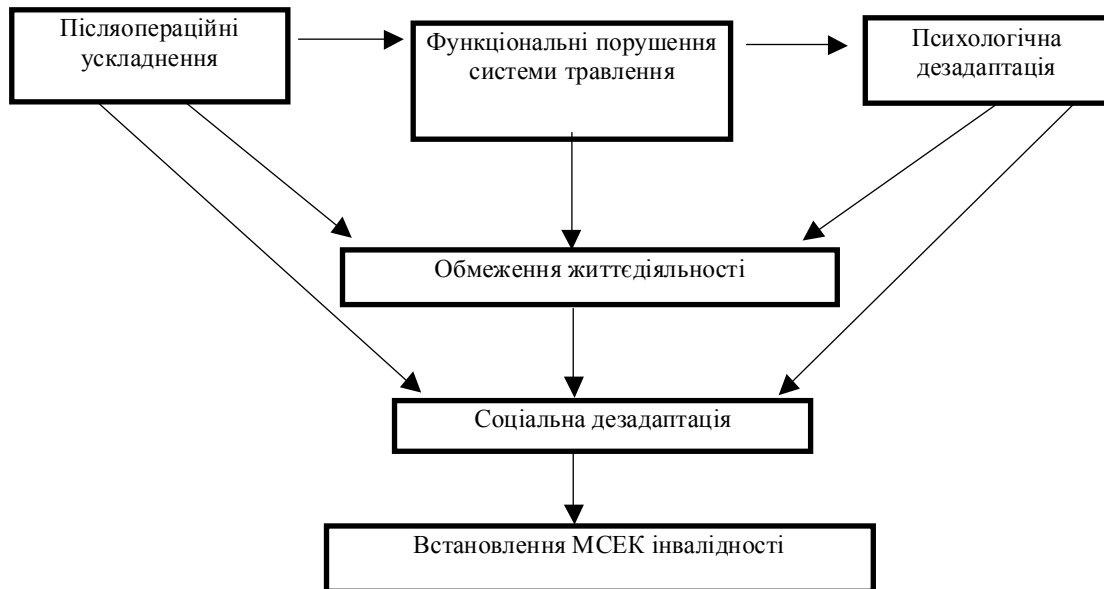


Рис. 1. Складові чинники процесу інвалідизації хворих з ускладненнями після оперативних втручань на органах ШКТ

Слід зазначити, що застосування стандартного комплексу обстежень у більшості випадків було недостатньо інформативним для медико-соціальної експертизи і реабілітації даної категорії хворих та носило орієнтовно-діагностичний характер. Лише у випадках грубої органічної патології була отримана позитивна діагностична інформація. Більш ніж у 70 % хворих обмеження життєдіяльності обумовлювали функціональні розлади, діагностика яких потребувала застосування спеціальних методів обстеження.

За результатами проведеного дослідження були визначені спеціальні найбільш інформативні та специфічні методи обстеження для кожної окремої нозологічної форми інвалідизуючої післяопераційної патології, а також діагностичні заходи, які необхідно застосовувати у цих пацієнтів незалежно від характеру ускладнень. До останніх належать інтегральна оцінка ефективності функціонування травної системи за допомогою визначення індексу маси тіла хворого та копроцитологічного дослідження, діагностика дисбіотичних порушень, а також оцінка психологічного стану особистості обстежуваного за допомогою спеціальних тестів.

Аналіз отриманих даних показав, що у хворих та інвалідів з післягастрорезекційними та після-

ваготомічними синдромами органічного походження для верифікації патологічних змін, що обумовлюють обмеження їх життєдіяльності, у всіх випадках було достатньо застосування загальноприйнятого діагностичного комплексу. Найбільш інформативними та специфічними у цих пацієнтів були фіброезофагогастродуоденоскопія та рентгеноскопія шлунка. На відміну від них, у хворих та інвалідів з післягастрорезекційним та післяваготомічним демпінг-синдромом вказані методи неслили мало інформації і тільки застосування навантажувального демпінг-тесту давало можливість оцінити тяжкість функціональних порушень.

У пацієнтів зі спайковою хворобою органів черевної порожнини без явищ гострої кишкової непрохідності загальноприйнятий діагностичний комплекс майже у всіх випадках був малоінформативним. Тільки проведення динамічного рентгенологічного дослідження пасажу барієвої суміші щодо ШКТ давало можливість досить вірогідно та об'єктивно оцінити стан моторно-евакуаторної функції кишечника.

У хворих та інвалідів з післяопераційними венотральними грижами за допомогою стандартного діагностичного комплексу також в більшості випадків не вдавалося виявити суттєві пору-

шення. Рентгенологічне дослідження пасажу бар'єрової суміші щодо ШКТ в деяких випадках виявляло порушення моторно-евакуаторної функції кишечника, що було пов'язане з наявністю спайкового процесу.

Як показали результати дослідження, основним фактором обмеження життєдіяльності у цих пацієнтів є функціональна недостатність передньої черевної стінки внаслідок наявності її дефекту – гризових воріт. Для оцінки ступеня її тяжкості визначалася площа гризових воріт.

Найбільш складну проблему щодо клініко-експертної та реабілітаційної діагностики у проведеному дослідженні становили хворі на хронічний панкреатит, оскільки це захворювання відрізняється дуже широким спектром можливих морфологічних та функціональних порушень з боку підшлункової залози і нерідко супроводжується патологією печінки та інших органів ШКТ. Тому у хворих та інвалідів при хронічному панкреатиті, крім загальноприйнятих обстежень, були застосовані методи діагностики органічної патології протокової системи та паренхіми підшлункової залози: ультразвукове та рентгенокомп'ютерне дослідження, ретроградна холангіопанкреатографія, а також методи діагностики зовнішньосекреторних порушень – зондові, радіоізотопні, імуноферментні. При підозрі на патологію інших органів ШКТ в діагностичний комплекс включалися обстеження, які давали можливість її верифікації.

Отримані дані свідчать, що повноцінне, поглиблене і достатньо інформативне обстеження хворих та інвалідів з післярезекційними і післяваготомічними синдромами органічного та функціонального генезу, спайковою хворобою черевної порожнини, післяопераційними вентральними грижами можливо проводити в умовах лікувально-профілактичних закладів першого і другого рівня медичної допомоги. Адекватне об'єктивне обстеження пацієнтів з післяопераційним хронічним панкреатитом сьогодні можливо проводити лише в умовах спеціалізованих клінік, оскільки переважна більшість лікувальних закладів загального профілю не має необхідної діагностичної бази щодо поглибленого всебічного обстеження даної категорії пацієнтів.

На другому етапі клініко-експертної та реабілітаційної діагностики на основі отриманих даних всебічного об'єктивного обстеження пацієнтів, їх аналізу, визначалися вид та ступінь обмеження життєдіяльності, формувався клініко-експертний діагноз. Слід зазначити, що, як показали результати дослідження, переважна більшість обстежених хворих та інвалідів у суб'єктивній оцінці стану свого здоров'я і соціального статусу була схильна до конфабуляції. У

зв'язку з цим, при аналізі діагностичних даних пріоритет у всіх випадках надавався об'єктивним показникам.

Аналіз результатів показав, що формулювання клініко-експертного діагнозу у даної категорії пацієнтів повинно відрізнятися від загальноприйнятого клінічного діагнозу – він повинен бути більш "функціональним" і відтворювати всі можливі порушення основних функцій травної системи, а також психологічні особливості, які обумовлюють обмеження життєдіяльності та призводять до соціальної дезадаптації хворого, і є пріоритетними при проведенні його комплексної реабілітації.

На третьому етапі дослідження на підставі аналізу літературних даних та власного досвіду у всіх випадках прогнозувалися можливі результати комплексної реабілітації пацієнта, визначалися реабілітаційний потенціал, прогноз, а також формувався медико-експертний висновок, у якому рекомендувалося продовжити реабілітацію пацієнта за листком тимчасової непрацездатності чи встановити йому групу інвалідності терміном на один рік.

Формування клініко-реабілітаційних груп проходило за віковими, нозологічними, професійними характеристиками, а також згідно із станом функціональних порушень органів травлення, рівня соціально-психологічної дезадаптації обстежених хворих та інвалідів з урахуванням їх реабілітаційного потенціалу та прогнозу.

На заключному – четвертому етапі – клініко-експертної та реабілітаційної діагностики для кожного хворого розроблялась індивідуальна програма реабілітації (ІПР). У результаті проведеного дослідження для визначених клініко-реабілітаційних груп були розроблені базові програми реабілітації, які вміщували типові заходи комплексної реабілітації щодо пацієнтів з ідентичними клініко-соціальними характеристиками. Але у кожному випадку при розробці ІПР враховувалися індивідуальні особливості клінічного перебігу захворювання, психологічні особливості особистості пацієнта і до базової програми вносилися необхідні доповнення. Індивідуальні програми реабілітації розроблялись як для хворих, так і для інвалідів, з подальшим динамічним контролем ефективності і якості їх виконання. Була створена інформаційна база даних щодо кожного пацієнта, яка містила результати його спостереження, що дало можливість своєчасно корегувати реабілітаційні заходи.

Таким чином, в результаті проведеного дослідження був розроблений алгоритм клініко-експертної та реабілітаційної діагностики у хворих та інвалідів з ускладненнями після оперативних втручань на органах ШКТ (рис.2).

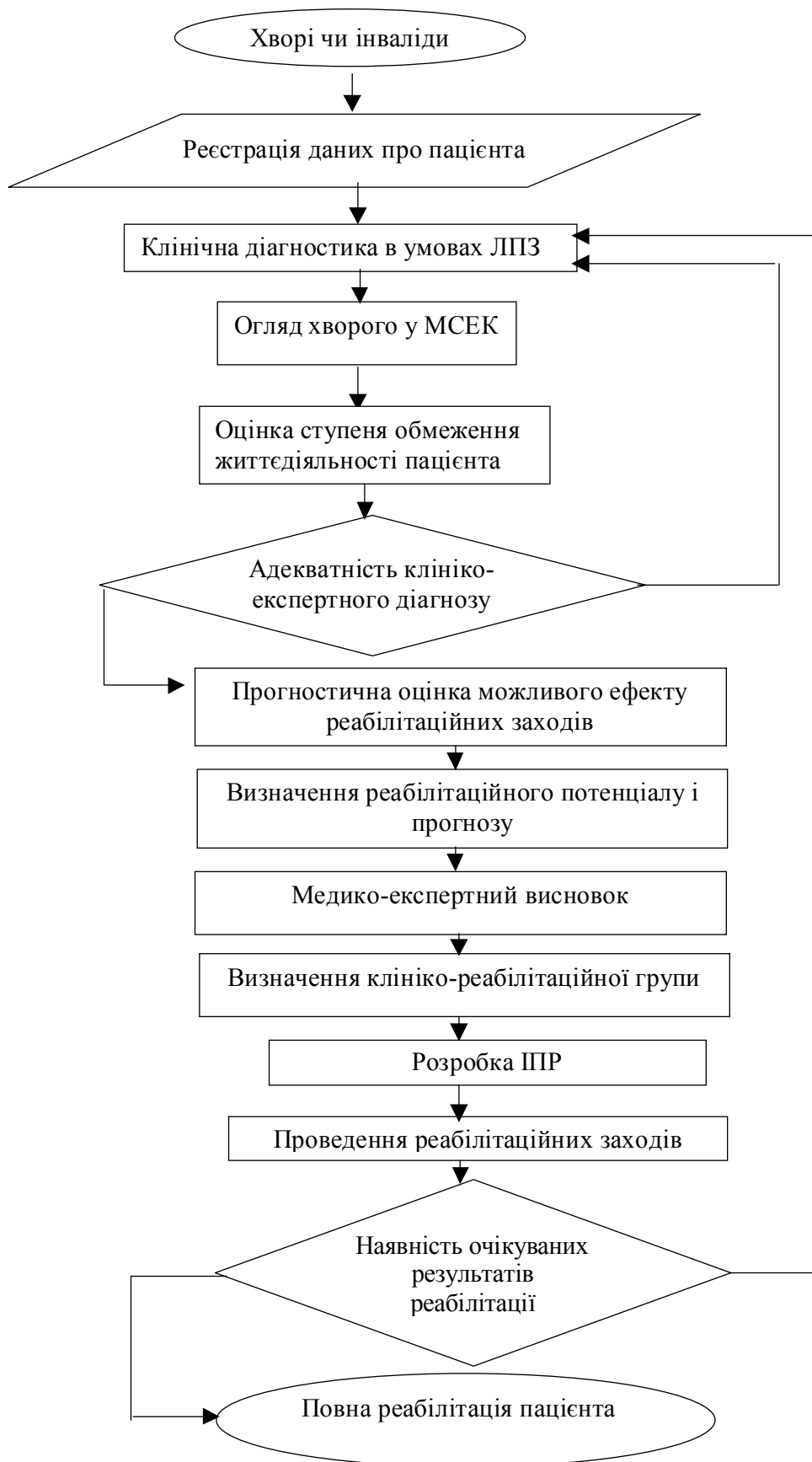


Рис. 2. Алгоритм клініко-експертної та реабілітаційної діагностики у хворих та інвалідів з ускладненнями після оперативних втручань на органах ШКТ

Розроблений діагностичний алгоритм щодо даної категорії пацієнтів необхідно розділити умовно на два тісно взаємопов'язаних технологічних етапи: клініко-функціональної та експертно-реабілітаційної діагностики. Перший етап повинен здійснюватись лікарями ЛПЗ, другий – експертами та реабілітологами МСЕК. При цьому між обома етапами повинен бути ефективний зворотний зв'язок.

Мультидисциплінарність та багатоетапність проведення реабілітації вказаної категорії паціє-

нтів, а також необхідність залучення до цього процесу кількох лікувальних закладів, обумовлюють потребу в координації діяльності всіх безпосередніх його учасників. Провідна роль в організації реабілітаційного процесу належить МСЕК, а головними координаторами взаємодії його суб'єктів повинні бути реабілітологи, яким, як свідчать результати дослідження, необхідно створювати інформаційну базу даних щодо хворих і процесу їх реабілітації, а також про мережу закладів, де можна здійснити реабілітацію.

### Висновки

1. При проведенні клініко-експертної та реабілітаційної діагностики у хворих та інвалідів з ускладненнями після оперативних втручань на органах ШКТ, на відміну від традиційної, загальноприйнятої у клінічній практиці діагностики патологічних станів, необхідно об'єктивізувати усі патогенетичні, психологічні та соціальні чинники, що обумовлюють інвалідизацію цих пацієнтів.
2. В основі індивідуальних програм реабілітації таких хворих та інвалідів повинні бути заходи щодо корекції основних факторів їх інвалідизації – патогенетично обумовлених морфологічних та функціональних порушень органів травлення, психологічної дезадаптації, а також пов'язаної з ними втрати основної професії або місця роботи.
3. Застосування в медико-експертній практиці при обстеженні вказаних категорій пацієнтів загальноприйнятого стандартного діагностичного комплексу є неадекватним щодо визначення всього спектру інвалідизуючих розладів, реабілітаційного потенціалу і прогнозу.
4. Для отримання достатньо вірогідних результатів обстеження хворих та інвалідів з ускладненнями після оперативних втручань на органах шлунково-кишкового тракту алгоритм клініко-експертної та реабілітаційної діагностики обов'язково повинен включати спеціальні методи щодо верифікації основних функцій травної системи та психологічних особливостей особистості цих пацієнтів.
5. Кінцеві результати клініко-експертної та реабілітаційної діагностики, а також індивідуальної комплексної реабілітації хворих та інвалідів, значно залежать від постійної чіткої та ефективної взаємодії фахівців лікувально-профілактичних закладів і медико-соціальних експертних комісій при їх проведенні.
6. Доцільне створення реабілітологами МСЕК інформаційної бази щодо мережі реабілітаційних закладів та реабілітантів з ускладненнями після оперативних втручань на органах травлення, яка б містила вихідні дані клініко-експертної та реабілітаційної діагностики, а також результати наступного відновного лікування, обстеження та динамічного спостереження пацієнтів. Це надасть можливість суттєво підвищити ефективність медико-експертної та реабілітаційної допомоги зазначеній категорії хворих та інвалідів.

### Список літератури

1. *Восстановительное лечение больных после операций на органах пищеварения: Руководство для врачей / Под ред. А.Ю. Барановского.* – СПб.: ООО “Издательство ФОЛИАНТ”, 2002. – 576 с.
2. *Организация и методика разработки индивидуальной программы реабилитации: Учеб. пособие.* – СПб., 1999. – 84 с.
3. *Принципи формування індивідуальних програм реабілітації інвалідів внаслідок ішемічної хвороби серця: Метод. рекомендації для лікарів медико-експертних комісій та лік.-проф. закладів / О.В. Сергієні, С.А.Безбородько, І.Я.Ханюкова та ін.* – Дніпропетровськ: Пороги, 2002. – 13 с.
4. *Реабилитация больных, оперированных на органах брюшной полости / Фомин А.В. // Пробл. медико-соц. экспертизы, профилактики инвалидности и реабилитации в современных условиях: Тез. докл. Международ. конф.* – Минск, 2001. – С. 176–177.
5. *Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения / Лисицын Ю.П., Шиган Е.Н., Случанко И.С. и др.* – Т.1. – М.: Медицина, 1987. – 431 с.
6. *Сергієні О.В.* Сучасні проблеми реабілітації інвалідів. – Дніпропетровськ: Поліграфіст, 1998. – 135 с.
7. *Смышек В.Б.* Основы реабилитации. – Минск: Б.и., 2000. – 131 с.
8. *Типовые индивидуальные программы реабилитации при основной инвалидизирующей патологии / Под ред. В.Б.Смышка.* – Минск: БНИИЭТИН, 1999. – 274 с.



### **АЛГОРИТМ КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНОЙ И РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ У БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ОРГАНАХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

С.В. Афанасьев (*Днепропетровск*)

Приведены результаты четырехлетнего активного динамического наблюдения, углубленного обследования и комплексной реабилитации 185 больных и инвалидов с осложнениями после оперативных вмешательств на органах желудочно-кишечного тракта. Полученные данные позволили определить наиболее информативные и специфические методы обследования, а также разработать алгоритм клиничко-экспертной диагностики относительно указанной инвалидизирующей патологии, применение которого существенно повысило качество и эффективность медико-экспертной помощи этим пациентам.

### **ALGORITHM OF CLINICO-EXPERT AND REHABILITATION DIAGNOSTICS FOR PATIENTS AND INVALIDS WITH COMPLICATIONS AFTER OPERATIONS ON ORGANS OF GASTRO-INTESTINAL TRACT**

S.V. Afanasyev (*Dnepropetrovsk*)

The results of quadrennial active dynamic supervision, deep examination and complex rehabilitation of 185 patients and invalids with complications after operations on organs of gastro-intestinal tract are laid down. The obtained data allowed to define the most informing and specific methods of examination and to, also, develop the algorithm of clinico-expert diagnostics of the disability pathology application of which will be able to essentially increase the quality and effectiveness of medico-expert aid to the patients concerned.

УДК 616.31-057.36.001.73

*Ю.О. БУРТОВА (Київ)*

## **ПРОБЛЕМИ РЕФОРМУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ**

*Українська військово-медична академія*

Одними з основних завдань системи охорони здоров'я України є збереження і покращення здоров'я населення та підвищення ефективності медичної допомоги. У Посланні Президента України до Верховної Ради України "Європейський вибір. Концептуальні засади стратегії економічного та соціального розвитку України на 2002-2011 роки" передбачається поглиблення реформи у медичній галузі. Метою глибоких перетворень є забезпечення доступності якісної медичної допомоги, створення правових, економічних та організаційних умов надання медич-

них послуг, переорієнтація державної служби охорони здоров'я на запобігання захворюванням.

На думку експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), важливим показником розвитку охорони здоров'я в країні та відображенням рівня і якості життя населення є рівень розвитку стоматологічної допомоги та її доступність [13].

Враховуючи світовий досвід та згідно із рекомендаціями ВООЗ, будь-яка система стоматологічної допомоги в країні повинна включати:

- первинну профілактику;
- системну стоматологічну допомогу дітям;
- стоматологічну допомогу дорослому населенню за зверненням;
- підготовку персоналу в адекватній кількості, якості та видах для здійснення вищезазначених частин системи;
- її оцінку та моніторинг (інформаційну систему) [16].

Основоположним документом, спрямованим на поліпшення надання стоматологічної допомоги населенню України є “Програма профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002–2007 роки та розширення заходів попередження стоматологічних захворювань”, затверджена Указом Президента України від 8 серпня 2002 р. №475/2002.

На сьогодні важливим є вирішення питання про форми фінансування стоматологічної допомоги. У розвинених країнах світу існують три форми стоматологічної допомоги: державна, страхова та приватна. Державна форма використовується для лікування і профілактики основних стоматологічних захворювань у дітей і підлітків, осіб пенсійного віку, інших категорій населення, що користуються встановленими державою пільгами. Дуже популярною є страхова допомога – вона охоплює переважну більшість працюючого населення. Приватна форма допомоги гарантована кожному, хто вносить плату за ту чи іншу лікувальну маніпуляцію [7]. Зараз в Україні державна форма фінансування стоматологічної допомоги знаходиться у скрутному становищі через нестачу коштів, тільки з’явилася та удосконалюється приватна форма стоматологічної допомоги, гостро стоїть необхідність розвитку страхової медицини.

На основі тісної інтеграції із системою цивільної стоматології розвивається військова стоматологія. В її становленні знаходять відображення зміни, які відбуваються у Збройних Силах України.

В сучасних умовах розвитку держави Збройні Сили (ЗС) перебувають у стадії реформування та розбудови. Набули нового значення нові тенденції розвитку військової галузі у нашій країні, визначені основоположними документами – Декларацією про державний суверенітет України, Воєнною доктриною України, Державною програмою реформування та розвитку Збройних Сил України на період до 2005 року, затвердженою Указом Президента України – Верховного Головнокомандувача Збройних Сил України [4].

У цих документах пріоритетними напрямками розвитку визначено:

- перехід до професійної армії;
- орієнтацію на переважну участь Збройних Сил України в миротворчих, гуманітарних місіях;

- створення оптимальних за чисельністю, мобільних, добре озброєних, всебічно забезпечених та навчених ЗС.

В умовах формування динамічних та максимально функціональних військ все більшого значення набуває збереження здоров’я та фахового довголіття військовослужбовців. А тому розвиток військової медицини є одним з найбільш важливих, відповідальних та актуальних завдань сучасного періоду розвитку Збройних Сил [1].

Виходячи з Концепції моделі медичної служби ЗС України в перспективі до 2010 року, стратегічними завданнями лікувально-профілактичних закладів Міністерства оборони (МО) України є наступні:

- підвищення стану здоров’я військовослужбовців;
- раціональне використання наявних ресурсів;
- підвищення якості та оперативності надання медичної допомоги;
- забезпечення широкого доступу військовослужбовців до сучасних засобів діагностики та лікування в системі раціонального розподілу і використання військово-медичних ресурсів [3].

Для кожної держави найперспективнішим є зміцнення здоров’я молоді, оскільки саме ця категорія населення уже в найближчому майбутньому стане її трудовим, демографічним і оборонним потенціалом [15]. Погіршення стану здоров’я юнаків призводить до збільшення кількості осіб, непридатних до служби в армії. А якість стану здоров’я молодого поповнення, яке надходить для комплектування ЗС, не цілком відповідає сучасним вимогам і потребує значних зусиль з боку держави у напрямку його покращення [14].

На військову стоматологію, зокрема, покладаються неспецифічні для неї функції лікування захворювань зубів і ротової порожнини, які мали бути виліковані ще до призову на військову службу. Так, кошти, витрачені стоматологічною службою на допомогу молодим солдатам, у 2000 р. склали 3 млн 200 тис. грн. [9].

Надання стоматологічної допомоги військовослужбовцям ЗС на сьогодні знаходиться у складному становищі через низку причин, серед яких недосконала правова база щодо цих питань, висока захворюваність на хвороби порожнини рота, недостатнє бюджетне фінансування, слабка адаптація військової стоматології до сучасних вимог, незадовільний стан матеріально-технічної бази. Реформування військової стоматології обумовлює необхідність аналізу проблем її розвитку в нових економічних умовах.

Нами було вивчено організацію надання стоматологічної допомоги військовослужбовцям та пенсіонерам МО в Київському гарнізоні. Оптимізації цієї роботи значно сприяло створення

наказом Міністра оборони від 05.11.97 р. №399 на базі Головного військового клінічного госпіталю МО України Київського військово-медичного центру (КВМЦ). Результатом діяльності КВМЦ стало обґрунтування та впровадження нової системи медичного забезпечення, в основу якої покладений новий для військової медицини територіальний принцип обслуговування [3].

Важливим аспектом роботи дільничного стоматолога є його сумісна діяльність з лікарем загальної практики /сімейної медицини. Саме сімейний лікар веде динамічний нагляд за умовами та способом життя і служби, рівнем та структурою захворюваності, демографічною ситуацією, іншими медико-соціальними показниками. Все це є важливою передумовою для визначення напрямків профілактичних та лікувальних стоматологічних заходів [2, 6, 8].

Згідно з рекомендаціями ВООЗ, пріоритетною в наданні стоматологічної допомоги сьогодні повинна бути профілактична робота [13]. Покладене в основу надання стоматологічної допомоги планове лікування або лікування за зверненням без обов'язкових заходів первинної профілактики призводить до того, що процент санованих є високим, а стоматологічне здоров'я населення, порівняно з міжнародними показниками, не лише не змінюється на краще, але й погіршується. Невтішним є те, що всього 5,6% населення звертається до стоматолога з метою профілактики [5].

В сучасних умовах з урахуванням світового досвіду рекомендовано такі методи профілактики карієсу зубів та хвороб пародонта:

- обмеження вуглеводів у дієті;
- навчання гігієні порожнини рота;
- системне фторування;
- локальне використання фторидів;
- вторинна профілактика;
- ведення здорового способу життя [11].

Для виконання завдань профілактики карієсу зубів та хвороб пародонта особливої значущості, за даними багатьох досліджень, набуває робота гігієністів [9, 10]. Такий досвід роботи є в багатьох розвинених країнах світу. У Російській Федерації в 2002 р. затверджено державний стандарт середньої професійної освіти за фахом "Стоматологія профілактична" для підготовки гігієністів стоматологічних – фахівців, які володіють сучасними методами планування, організації та проведення профілактичних та гігієнічних заходів і здатні як разом зі стоматологом, так і самостійно, їх здійснювати. Розроблені програми та розпочата підготовка асистентів стоматолога.

Незважаючи на те, що розповсюдженість захворювань зубів та порожнини рота серед військовослужбовців (за даними медичних звітів оперативних командувань та видів військ 2002 р.)

досягає 76%, лікуванням та видаленням зубів охоплено тільки 61%. Лікування пародонтиту проводиться у 38,2% хворих, що його потребують, а зубним протезуванням забезпечено лише 24%. Всього санацію порожнини рота проходить не більше 42,7% військовослужбовців.

Для задоволення потреб військовослужбовців у лікуванні хвороб порожнини рота стоматологічна служба повинна перейти на інтенсивний шлях діяльності. При цьому необхідно зберегти основні напрямки в діяльності бюджетних стоматологічних закладів:

- надання максимального обсягу стоматологічної допомоги за одне відвідування;
- підвищення рентабельності основних та допоміжних фондів стоматологічного закладу;
- зниження витрат робочого часу лікаря та медичного персоналу на допоміжні види робіт (як свідчать зарубіжні дослідження, робота стоматолога з відповідно підготовленим помічником дозволяє підвищити продуктивність праці у 1,5-1,7 разу) [7, 10].

Особливої уваги вимагає проблема удосконалення матеріально-технічної бази. Складність ситуації обумовлена тим, що після розпаду СРСР Україна опинилася ізольованою від заводів-виробників стоматологічного обладнання та матеріалів. Свого часу стоматологічні заклади були укомплектовані стоматологічними установками Казанського заводу і незначна частина – установками словацького виробництва. Більшість установок вичерпала свій амортизаційний термін. Наявна технічна база відірвана від системи сервісного обслуговування заводів-виробників. Заміна обладнання на нове шляхом ввезення з інших країн нереальна, оскільки вимагає великих коштів. Оптимальним у даній ситуації є створення вітчизняних стоматологічних установок, лікувально-профілактичних препаратів та стоматологічних матеріалів [12].

Сучасний стан бюджетного фінансування в Україні викликає необхідність сполучення бюджетної та госпрозрахункової діяльності стоматологічної служби і розробки нових організаційних технологій та стандартів медичних послуг в рамках бюджетного фінансування, спрямованих на забезпечення гарантій базової медичної допомоги населенню.

Європейське регіональне бюро ВООЗ розробило інформаційну систему стоматологічного здоров'я ORATEL, в основу якої взято індекс КПВ (карієс, пломба, видалені) як один з важливих показників якості стоматологічної допомоги. За даними Глобального банку ВООЗ про інтенсивність карієсу зубів, середній показник КПВ зубів 12-річних дітей в Україні складає 4,4 (за критерієм оцінки – високий показник), серед дорослого населення – 9,0. За прогнозом цієї організації, в

державою з перехідною економікою протягом найближчих 10-15 років очікується збільшення захворюваності на карієс та його ускладнення.

За таких перспектив щодо стоматологічного здоров'я та з урахуванням переходу Збройних Сил України на засади професійної армії, необхідна особлива мобілізація сил стоматологічної служби для подолання існуючих проблем шляхом виконання рекомендацій ВООЗ, проведення заходів первинної профілактики як пріоритетних

в стоматологічній допомозі, формування нормативно-правової бази стоматологічної служби, залучення позабюджетних коштів для матеріального забезпечення цієї галузі, удосконалення існуючої матеріально-технічної бази через розвиток вітчизняного стоматологічного обладнання, інструментів та матеріалів. Виконання вказаних завдань підвищить рівень стоматологічної допомоги військовослужбовцям та знизить їх захворюваність на зуби та порожнини рота.

### Список літератури

1. Білий В.Я. Стратегія розвитку військової медицини в Україні // Військова медицина України. – 2001. – №1. – С. 9–18.
2. Белякова Е.В. К оценке динамики стоматологического статуса у взрослого населения: Сб. науч. тр. ММСИ. – М., 1993. – 12 с.
3. Бойчак М. П., Голик Л.А., Радиш Я.Ф. та ін. Менеджмент у військовій медицині: теорія і практика: Укрморінформ. Одеса – 2003. – 123 с.
4. Військове законодавство України: Зб. нормативних актів. – Київ. – 1999.
5. Гринин В.М., Караханян В.Т., Максимовский Ю.М. и др. Мотивационные аспекты обращаемости пациентов в условиях участкового принципа организации стоматологической помощи // Стоматология. – 2003. – №2. – С. 65–68.
6. Данилевський М.Ф. // Дент Арт. – 2002. – №2. – С. 17–21.
7. Данилевський М.Ф. Піднесення рівня стоматологічної допомоги – основне завдання Асоціації стоматологів України // Новини стоматології. – 1995. – №1. – С. 17–20.
8. Заборовский Р.И., Биркою А.А. Мнение населения о качестве амбулаторно-поликлинической помощи // Социология и медицина: теоретические и научно-практические аспекты. – М., 1990. – С. 89–92.
9. Камалов Р.Х. Державне управління стоматологічною службою Збройних Сил України // Вісн. Української Академії держ. управління при Президенті України. – 2001. – №4. – С. 248 – 254.
10. Леонтьев В.К., Шестаков В.Т. Развитие и обоснование системы УЕТ в новых экономических условиях деятельности стоматологических учреждений России // Стоматология. – 2003. – № 3. – С. 55 – 61.
11. Леус П. А. Комунальна стоматологія. – Брест: ОАО “Брестська типографія”, 2000. – 61 с.
12. Неспрядько В.П. Стан та шляхи розвитку стоматологічної допомоги населенню України // Новини стоматології. – 1995. – №1–2. – С. 61–65.
13. Сініцин Р.Г., Косенко К.М., Бахуринський Ю.М. та ін. Стан та аналіз розвитку стоматологічної допомоги населенню України в 1999-2001 рр. // Вісн. стоматології. – 2002. – №4. – С. 87–92.
14. Шекера О.Г. Медичні аспекти реформування Збройних Сил України на професійній основі // Військова медицина України. – 2002. – Т.2. №1. – С. 10–15.
15. Шекера О.Г., Мудрик Н.І. Соціально-медичні аспекти державної політики України // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2003. – №1. – С. 34–38.
16. Planning Oral Health Services. WHO OP 53, World Health Organization. – Geneva, 1980. – 49 p.

### ПРОБЛЕМЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВОЕННОСЛУЖАЩИМ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ УКРАИНЫ

Ю.А. Буртова (Киев)

Проанализирована работа стоматологической службы в Украине, предложены новые концепции ее реформирования. Определены пути реформирования стоматологической помощи в Вооруженных Силах Украины, освещены финансовые и организационные аспекты. Подчеркнута необходимость профилактики болезней зубов и полости рта, разработаны унифицированные рекомендации в этом направлении.

### PROBLEMS OF DENTISTRY SERVICE REFORMATION WITHIN UKRAINIAN MINISTRY OF DEFENCE HEALTH SYSTEM

Y.O. Burtova (Kiev)

Considering the real situation in dentistry service provision in Ukraine new conceptions of reforming this service have been suggested. The ways of its reforming in Ukrainian army have been stressed as a paramount priority. Financial and organizational aspects of the reforming are also highlighted. The author emphasizes the problem of high prevalence of diseases of oral cavity among military servicemen. The unified recommendations have been worked out.



УДК 614.2:004.4

*В.Л. СМІРНОВА, О.Я. НИКИТЮК* (м. Тернопіль), *С.М. ЗАГОРОДНІЙ* (м. Острог, Рівненської обл.),  
*І.Я. ДОБРОВОЛЬСЬКИЙ* (м. Рівне)

## АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СІЛЬСЬКОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Тернопільська медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Усі проблеми нинішньої охорони здоров'я – найважчі на селі. На селі – це проблеми в квадраті або в кубі. Від хронічного недофінансування найбільше потерпає село. Державні гроші сюди майже не доходять, а місцеві – відсутні через обмежену базу оподаткування.

Третина людей на селі – пенсіонери. Пенсії у них мізерні. Отож, немає за що сільському пацієнту купити медикаменти і все інше, що пацієнт сьогодні несе з собою. На селі поки що немає ні багатого, ні середнього прошарку, всуціль переважає прошарок бідних людей.

Потреба сільського населення в медичній допомозі з кожним роком зростає, але доступність її в міру різних причин суттєво знижується (погіршення інфраструктури села, зниження життєвого рівня, зношеність матеріально-технічної бази наявних лікувально-профілактичних закладів, вкрай недостатнє фінансування і певна заборгованість з виплатою заробітної плати медичним працівникам), що призводить до поступового відтоку кадрів з лікарських амбулаторій і ФАПів, зневір'я населення в можливості сільської медицини. Усе частіше хворі звертаються за медичною допомогою несвоєчасно, із занедбаною патологією, у тяжких станах.

Йдеться про ці загальновідомі речі з однією метою: тепер, коли ми говоримо про реорганізацію системи медичної допомоги, загальні рецепти для села неприйнятні, тут треба робити суттєві корективи.

Зокрема, коли йдеться про багатоканальність джерел фінансування охорони здоров'я. Якщо і в місті багато джерел ще є гіпотетичними, то в селі про них можна говорити як про віддалену перспективу.

Отже, державне джерело фінансування – для села має залишатись ще довгий час основним і по суті єдиним. Соціально – економічні перетворення, які грядуть із введенням приватної власності на землю, ще не скоро дадуть віддачу. Крім того, не треба забувати, що навіть у високорозвинених країнах, де приватна власність на землю існує сторіччями і її ніхто не відміняв, виробництво сільськогосподарської продукції є дотаційним.

Майже 150 років тому в українському селі, як і на інших теренах тодішньої російської імперії, виникла громадська медицина. Це був перший досвід у світі. Основою громадської медицини була сільська лікарська дільниця, яка надалі отримала назву первинної медико-санітарної допомоги, а лікар, що на ній працював – дільничного або сімейного.

Лише через 100 років цивілізований світ повною мірою усвідомив геніальність цього витвору і сімейну медицину або первинну медико – санітарну допомогу було покладено в основу усієї системи охорони здоров'я.

Незважаючи на усі соціально-економічні негаразди, цей фундамент зберігся у нас і понині. Логічно є думка:

На селі у нас сімейна медицина народилась, із села повинно початись її відродження і в сучасних умовах.

Саме такої позиції слід дотримуватись у розвитку первинної медико – санітарної допомоги. Ще в радянські часи була створена доступна мережа сільських лікарських дільниць, яка забезпечила максимальну віддаленість сільського жителя від лікарні або амбулаторії у 7-10 км.

Ця мережа у нас не тільки збереглась, а й примножилась. Кількість сільських лікарських дільниць зросла з 1991 року до 2002 року в 1,4 рази.

Змінилось співвідношення лікарських дільниць, які очолюють дільничні лікарні і амбулаторії. В 1991 р. це співвідношення складало 1 до 1, в 2002 р. – 1 до 2. Це – відображення загальної стратегії на скорочення ліжок в системі, але воно, на жаль, набуло викривленого характеру. Якщо число ліжок в сільських дільничних лікарнях за цей період скоротилось більше ніж втричі, то в обласних лікарнях – на 30%. Не можна забувати, що за 10-кілометровим радіусом госпіталізація сільських жителів зменшується в 2,2 рази, а осіб похилого віку – 60 років і старше – в 3,4 рази. Повністю ліквідувати сільські дільничні лікарні – це, по суті, позбавити сільського жителя стаціонарної допомоги. Обов'язковим є наявність при кожній лікарській амбулаторії 3-5 ліжок для ден-

ного перебування хворих. Це не тільки допомагає вирішувати проблему стаціонарної допомоги, а й значно її здешевлює. Певний сенс має і організація стаціонарів на дому, хоча з економічного боку подібна форма менш ефективна.

Дві проблеми, на наш погляд, є найактуальнішими у розвитку сільських лікарських дільниць.

По – перше, це стосується діагностичних і лікувальних можливостей лікарської амбулаторії. Старі нормативні документи не передбачали наявності в амбулаторії клінічної лабораторії і фізіотерапевтичного кабінету. Без цих функціональних підрозділів говорити про її позитивний вплив на здоров'я пацієнтів і подальше розширення сфери впливу не доводиться. Їх треба організувати, дбати про їхнє технічне переоснащення, але робити це в сучасних умовах вкрай тяжко.

Друга проблема – це проблема лікаря загальної практики, який здатен виконати сьогодні завдання, що стоять перед амбулаторією. Через фінансові проблеми складно перевчити і довчити того лікаря, який працює в амбулаторії роками. Але неприпустимо і надалі готувати випускника ВНЗ, який головним своїм завданням вважає направляти хворого до так званого вузького фахівця. Кардинального зламу у вирішенні цієї проблеми поки що не наступило. На сучасному етапі потрібно створити організаційні умови для поліпшення здоров'я сільського населення, розвитку мережі медичних установ, що її надають. Але проблемними залишаються питання організації фінансування медичних закладів на селі. Статтею 88 Бюджетного кодексу передбачається, що видатки здійснюватимуться з бюджету сільських та селищних рад на організацію пер-

винної медико-санітарної та стаціонарної допомоги в умовах дільничних лікарень, сільських лікарських амбулаторій, фельдшерсько-акушерських і фельдшерських пунктів.

Сьогоднішній стан фінансування свідчить про те, що бюджети сільських та селищних рад не мають змоги вповні задовольнити усі потреби сільських медичних установ. Тому, на нашу думку, введення такого порядку фінансування передчасне – адже всі ми працюємо в умовах економічної кризи. Було б доцільно додатковими законодавчими актами Кабінету Міністрів України прийняти централізований порядок фінансування через центральні районні лікарні

В Тернопільській області в 1996 р. була розроблена і прийнята комплексна програма розвитку охорони здоров'я, одним із визначальних пунктів якої були заходи щодо поліпшення справ на селі. Завдяки підтримці обласної держадміністрації, обласної Ради, районних держадміністрацій і районних Рад програма в основному виконується. Тільки позабюджетні кошти сягнули третини усіх витрат на охорону здоров'я. Але сьогодні цього вже мало. Ми очікуємо рішучих соціально-економічних перетворень в державі, бо тільки вони здатні покращити справу загалом і на селі зокрема.

Наприклад, щодо питання невідкладної допомоги деяким категоріям хворих. Аптечні заклади згідно з чинними нормативами не можуть відпускати сільським радам прекурсори та наркотичні засоби, отруйні та сильнодіючі медичні препарати. Тому бажано, щоб гроші на це зосереджувалися на рахунках ЦРЛ, звідки і йшло б забезпечення сільських медичних установ.

### Список літератури

1. Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О. Соціальна медицина, Організація та економіка охорони здоров'я. – Тернопіль-Київ-Вінниця, 1997. – 328 с.
2. Богатирьова Р., Бердник О., Ворник Б. та ін. Здоров'я дітей та жінок в Україні. – К., 1997. – 152 с.
3. Здоров'я населення України та діяльність лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я: Щорічна доповідь. 1998. – К., 1999. – 594 с.
4. Основи законодавства України про охорону здоров'я // Голос України. – 15 грудня 1992 р. – № 238.
5. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 1998-99 рр. – К.: Центр медичної статистики МОЗ України, 2000. – 187 с.
6. Пономаренко В.М., Циборовський О.М., Польшенко В.І. та ін. Концепція реформування первинної медико-санітарної допомоги // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 1999. – №1. – С. 67-73.
7. Уваренко А.Р., Парій В.Д. Первинна медико-санітарна допомога на селі. – Житомир: Полісся, 1998. – 324 с.
8. Голяченко О.М. Українська охорона здоров'я: як вийти з кризи. – Тернопіль: Лілея, 2002. – 92 с.
9. Польшенко В.І. Структурна характеристика медичної допомоги сільському населенню України // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2002. – №1. – С. 64-67.
10. Колоденко В.А., Тищук М.М. Реорганізація амбулаторно-поліклінічної мережі. Участь громадськості // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. – №1. – С. 37-41.
11. Москаленко В.Ф. Діяльність системи охорони здоров'я за 2000 рік: завдання щодо подальшого її розвитку та підвищення рівня здоров'я населення України (довідь на підсумковій колегії МОЗ України 12.02.2001 р.) // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. – №2. – С. 5-10.

12. Бойко В.П., Кирилов Г.І., Никитюк О.Я. Вичерпна захворюваність сільської людності на хірургічну патологію/ Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. –2001. – №2. – С. 45-48.
13. Коцемир В.Ф., Береговий Д.В. Стан та перспективи розвитку охорони здоров'я сільського району// Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. –2001. – №2. – С. 64-66.
14. Пономаренко В.М., Бодак В.М. Актуальні питання становлення інформаційного забезпечення процесів управління сільськими закладами ПМСД на засадах сімейної медицини// Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. –2002. – №4. – С. 9-13.

### АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В.Л. Смирнова, О.Я. Никитюк, С.М. Загородний, И.Я. Добровольский

Наводятся актуальные проблемы реформирования сельского здравоохранения на этапе перехода к рынку.

### THE ACTUAL PROBLEMS OF COUNTRY HEALTH SERVICE

V.L. Smirnova, O.Ja. Nykytyuk, S.M. Zagorodniy, I.Ya. Dobrovolsky

The consideration of the actual problems of country health service on the stage of passing into the market.

УДК 616–006.38.03–02:616.89

*В.І. ЦИМБАЛЮК, М.В. КВАСНИЦЬКИЙ, В.В. ДЕНЬГУБ*

## ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ РОЗЛАДАХ ПСИХІЧНИХ ФУНКЦІЙ У ХВОРИХ НА НЕЙРОФІБРОМАТОЗ

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України, м.Київ,  
Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Нейрофіброматоз є одним із найбільш розповсюджених спадкових захворювань нервової системи, поширеність якого складає 1/4900 [3]. В його основі лежить розвиток пухлин із оболонок нервів, які називаються нейрофібромами. Першим описав, вказавши на походження і особливість цих пухлин, Реклінгаузен, у зв'язку з чим це захворювання і було названо його іменем. Локалізація пухлин може бути найрізноманітніша, починаючи із шкіри (найчастіше) і закінчуючи головним мозком, що відповідно характеризується полісистемністю ураження. Виділяються дві форми цього захворювання – нейрофіброматоз першого типу (НФ1) та нейрофіброматоз

другого типу (НФ2), або периферичний та центральний нейрофіброматоз. В основі цього поділу лежать як клінічні [9], так і генетичні [6,10] особливості.

Клінічно нейрофіброматоз проявляється шкірними пухлинами та плямами типу “кави з молоком”, ластовинням. Серед інших проявів – порушення зору, кісткові аномалії, пухлини головного та спинного мозку та іншої локалізації [14].

Обстежено в динаміці 91 хворого, з яких 73 пацієнти страждали НФ1, а 18 – НФ2, віком від 17 до 48 років. Нейропсихологічна діагностика проводилась за методикою В.И.Вассермана і др., 1997 [12] на основі попереднього експери-

ментально-психологічного дослідження [11] та клінічного спостереження. Досліджувались процеси вищої нервової діяльності (ВНД): сприйняття, увага, пам'ять, мова, інтелект, орієнтування у просторі і часі. Ця методика дозволяє вивчити патогенез порушень психічних процесів, передбачає використання різноманітних нейропсихологічних методів і прийомів, які дозволяють адекватно оцінити участь різних ланок нейроінтегративної регуляції в механізмах патологічних інтелектуальних реакцій. Для об'єктивної кількісної оцінки динаміки змін психологічного статусу хворих на нейрофіброматоз нами розроблена формалізована історія хвороби, яка дозволяє проаналізувати зміни в нейропсихологічному статусі. Вона має комп'ютерне забезпечення і написана мовою "Fox Rose".

Проведені дослідження виявили загальну слабкість у 76% досліджуваних, запаморочення у 65%, зниження настрою у 47%, симпато-адреналові кризи, що проявлялись тахікардією, внутрішнім тремором, відчуттям недостатності повітря, пітливістю на фоні підвищення артеріального тиску у 32%. Порушення волі виявлено у 27% хворих. Нейросенсорна глухота спостерігалась у 11% обстежених, у 12% пацієнтів було порушене зорове сприймання і різке зниження зору – у 1%. Порушення сприймання помічається у 42% пацієнтів. У 36% мали місце вербальні порушення. А епілептиформний синдром констатований в 8% хворих. Нейродинамічні процеси були порушені у 91% хворих. Найбільш чутливою виявилась емоційно-вольова сфера. Емоційні розлади мали місце у 90%, із них у 63% виявлена емоційна лабільність, у 28% дратівливість, слабкодушність; у 17% депресії та субдепресії, афективні стани гніву. Мовні порушення за типом елементів сенсорної, моторної, амнестичної афазії (алалії), літеральних парафазій виявлені у 35% обстежених. Порушення абстрактного мислення виявлено у 71% хворих. У 13% мала місце амнезія, в 60% – гіпомнестичний синдром. Зниження інтелекту (1 бал) та сповільнення мислення виявлено у 3 обстежених з НФ2 і 49 з НФ1. Дефекти мови виявлені в 16% досліджуваних з НФ2 і 37% з НФ1. Причому зниження інтелекту найчастіше носило помірний характер (1 бал). У жодному випадку не виявлено глибокої розумової недостатності (3 бали), не відмічено прогресування інтелектуального дефекту з віком. Відмічалася несформованість навиків інтелектуальної діяльності, недостатній запас знань та бідність словникового запасу, обмеженість інтелектуальних інтересів та уявлень. Виявлена інтелектуальна недостатність не стільки пов'язана із недорозвитком власне розумової діяльності, скільки із недостатністю пам'яті, уваги, динаміки психіч-

них процесів, чим суттєво відрізняється від олігофренії, де на перший план виступає слабкість власне розумової діяльності.

Диференційний підхід до лікування психопатологічних станів включав загальну та індивідуальну терапію. Загальним лікуванням для всіх груп хворих було: за показаннями оперативне втручання, протипухлинна хіміотерапія та спостереження в динаміці. При астено-субдепресивних та астено-депресивних синдромах рекомендували транквілізатори та антидепресанти – інгібітори зворотного захоплення серотоніну, які мають стимулюючий ефект до діяльності. Їх призначали замість трициклічних антидепресантів, враховуючи, що у цієї групи хворих виражена церебралістична симптоматика. Поряд з цим проводили психотерапію і гіпноз. При апатико-абулічному синдромі рекомендували транквілізатори, тільки в окремих випадках хворим з різко вираженою церебралістичною симптоматикою призначались психостимулятори. При обесійно-фобічному синдромі призначались анксиолітики та психокорекція. Епісиндром лікували протисудомними препаратами, пантогамом та транквілізаторами.

При диспансерному нагляді нейрофіброматозних хворих виявлено, що тривалість сприятливого періоду в цих хворих становила 3-5 місяців, після чого стан їх знову погіршувався на фоні емоційно-вольових та фізичних навантажень. Таким чином, психопатологічна симптоматика, що виникає у хворих з нейрофіброматозом є дуже важливою в клінічній картині хвороби, що визначає їхню соціальну поведінку і значною мірою інвалідизує їх. Що стосується динаміки клінічної картини в процесі лікування, то у більшості хворих (біля 60%) відзначалося деяке покращення психічного стану, до певної міри регресували астеничний синдром і депресивні стани. У деяких хворих зменшились прояви дратівливості, скорочувалася частота та вираженість дієнцефальних пароксизмів та епілептичних нападів, пацієнти ставали більш соціально адаптованими. Поліпшення соматичного стану, підвищення працездатності були нестійкими, вони тривали від 1 міс. до 1 року, після чого стан хворих знову погіршувався. Важлива особливість динаміки виявлених психічних розладів полягає у прогредієнтності процесу. Тому ця група хворих потребує систематичного нагляду та лікування.

Реалітаційні заходи у хворих на нейрофіброматоз проводились за наступною схемою:

1. Діагностика та традиційне лікування хворих, включаючи хірургічне.
2. Постійне мультидисциплінарне спостереження хворих на нейрофіброматоз.
3. Періодична візуалізація змін головного та спинного мозку.



4. Цілеспрямована психотерапія, спрямована на певний дефект.

5. Соціальна адаптація хворих в сім'ї, колективі, суспільстві.

6. Лікувальні та оздоровчі заходи в групах "здоров'я".

7. Санаторно – курортне лікування.

8. Трудова реабілітація.

Таким чином, психопатологічна симптоматика, що виникає у хворих з нейрофіброматозом, є дуже важливою в клінічній картині хвороби, що визначає їхню соціальну поведінку і значною мірою інвалідизує їх. У зв'язку із поліорганистною та мультисистемною ураження при нейрофіброматозі такі хворі потребують мультидисциплінарного підходу з глибоким професійним знанням нейрофіброматозу, що дозволить вчасно вста-

новити цей діагноз та цілеспрямовано спостерігати і лікувати таких пацієнтів. Соціальна адаптація хворих в суспільстві проводиться через батьків, вихователів, вчителів, друзів з урахуванням визначеного психічного дефекту. Дефіцит спілкування та інформації у хворих з нейрофіброматозом – один із важливих факторів прогресування психічних розладів у цих хворих. У зв'язку з цим, окрім зазначеного, важливе місце в покращенні психічного статусу повинен зайняти всеукраїнський фонд нейрофіброматозу як інформаційний, методичний, економічний, комунікаційний та науковий центр по нейрофіброматозу, де б не тільки спілкувались пацієнти, але і їхні лікарі, педагоги; щоб обмінювались інформацією, розроблялись пріоритетні напрямки лікування.

### Висновки

1. Важливе місце у хворих з нейрофіброматозом займають психічні порушення, які потребують адекватного лікування та соціальної адаптації.
2. Динаміка психічних порушень при нейрофіброматозі має помірний прогресивний характер з хвилеподібним перебігом.
3. Інтелектуальні розлади при нейрофіброматозі проявляються у вигляді псевдопсихоорганічного синдрому, структура якого складається з прогресивної розумової недостатності та вогнищевої (лакунарної) деменції. Інтелектуальна недостатність при нейрофіброматозі пов'язана переважно із браком пам'яті, уваги, динаміки психічних процесів.
4. Найбільш характерними ознаками психічних розладів у хворих з НФ1 є розумова недостатність, затримка розвитку мови і пізнання. Особливо страждають вищі мозкові функції – увага, пам'ять, мова. Серед мовних розладів частіше має місце дизлексія.
5. З організаційної точки зору необхідно створення всеукраїнського фонду нейрофіброматозу як інформаційного, методичного, економічного, комунікаційного та наукового центру по нейрофіброматозу.

### Список літератури

1. Danek A., Wahlander-Danek U., Stenglein-Krapf G., Uttner I. Type 1 neurofibromatosis. A model for the study of molecular principles of cognition // *Nervenarzt*, 2001. – V.72. – №12. – P.963-967.
2. Eliason M.J. Neuropsychological Patterns: Neurofibromatosis compared to developmental learning disorders // *Neurofibromatosis*, 1988. – V.1. – №1. – P.17-25.
3. Huson S.M., Harper P.S., Compston A.S. Von Recklinghausen neurofibromatosis: a clinical and population study in south-east Wales // *Brain*, 1988. – V.111, №6. – P.1355-1381.
4. Karnes P.S. Neurofibromatosis: a common neurocutaneous disorder // *Mayo Clin. Proc.* – 1998. – V.73, N11. – P. 1071-1076.
5. Riccardi V.M. Neurofibromatosis in children // *Cont Ed. Fan. Phys.* – 1983. – Vol.18. – P.565 – 571.
6. Rouleau G.A., Merel P., Luchman M. et al. Alteration in a new gene encoding a putative membrane-organising protein causes neurofibromatosis type 2 // *Nature*, 1993. – V.363. – P.5 15521.
7. Samuelsson B., Axelsson R. Neurofibromatosis // *Acta Dermatovenerol.* – 1981. – Vol.95. – P.6 7-71.
8. Samuelsson B., Axelsson R. Neurofibromatosis // *Acta Dermatovenerol.* – 1981. – Vol.95. – P. 67 – 71.
9. Stumpf D.A., Alksne J.F., Annegers J.F. et al. Neurofibromatosis // *Arch. Neurol.*, 1988. – V.45. – P.575-578.
10. Vischocil D., Buchberg A.M., Xu G. et al. Deletions and translocation interrupt a cloned gene at the neurofibromatosis type 1 locus // *Cell*, 1990. – V.62. – P.187-192.
11. Атлас для експериментального дослідження відхилень в психічній діяльності людини // Под ред. І.А. Полищука, А.Е. Видренко. – Киев: «Здоров'я», 1980.
12. Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. Методи нейропсихологічної діагностики. – Сб. Строй-леспечать, 1997. – 304 с.
13. Маринчева Г.С., Гаврилов В.И. Умственная отсталость при наследственных болезнях. М., – 1988. – 256 с.
14. Савицкий В.А., Черепанов А.Н. Нейрофиброматоз Реклингаузена // Издательство «Медицина», Москва. – 1972. – 250 с.



## **ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ НЕЙРОФИБРОМАТОЗОМ**

В.И. Цимбалюк, Н.В. Квасницкий, В.В. Деньгуб

Изучен нейропсихологический статус 91 больного нейрофиброматозом, среди которых нейрофиброматозом 1-го типа (НФ1) страдали 73 пациента и нейрофиброматозом 2-го типа (НФ2) – 18 пациентов. В результате проведенного нейропсихологического исследования выявлены отклонения в психическом статусе у 70% исследуемых. Прежде всего, это снижение внимания, памяти, интеллекта, расстройства речи и письма, которые имеют умеренный прогрессивный характер с волнообразным протеканием. Выявлена динамика и разновидности интеллектуальных нарушений при нейрофиброматозе, а также отличия в психических нарушениях в зависимости от типа нейрофиброматоза. Предложены схемы медикаментозного лечения и социальной адаптации больных нейрофиброматозом с психическими расстройствами, а также образование всеукраинского фонда нейрофиброматоза как информационного, методического, экономического, коммуникационного и научного центра по нейрофиброматозу.

## **ORGANIZATION OF MEDICAL CARE FOR MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH NEUROFIBROMATOSIS**

V.I. Tsimbaliuk, M.V. Kvasnitskiy, V.V.Dengub

Neuropsychological status of 91 patients with neurofibromatosis was analysed. Among them: 73 patients with neurofibromatosis type1 (NF1) and 18 patients with neurofibromatosis type2 (NF2). Results: we have revealed deviations in the mental status in 70% of examined patients. First of all, they are: decreased attention, memory, intellect, speech disorders and writing disability, which had moderate progressive character with undulatory course. Dynamics and versions of intellectual abnormalities in neurofibromatosis patients were revealed. Also differences in mental deviations depending on type of neurofibromatosis were revealed. We have suggested schemes of medicamentous treatment and social adaptation of NF-patients with mental deviations, and creation of ukrainian neurofibromatosis foundation as information, methodical, economical, communication and science center of neurofibromatosis.

УДК 614.2:004.4

*Л.М. РОМАНЮК* (Тернопіль)

## **ОСНОВНІ ЗАСАДИ ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я НА БАЗОВОМУ РІВНІ**

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я.Горбачевського

Медико-статистична інформація є найважливішим складником системи інформаційного забезпечення управління охороною здоров'я на всіх рівнях, починаючи з базового – основного в системі. Сьогодні Україна перейшла на власну національну систему медико-статистичної інформації. На рівні Кабінету Міністрів, МОЗ України, Центру медичної статистики МОЗ України при-

йнято цілий ряд законів, постанов, наказів стосовно реформування системи медико-статистичного обліку та звітності і адаптації її до сучасних світових стандартів. Основні з них такі: „Концепція побудови національної статистики України” (постанова Кабінету Міністрів № 326 від 4.05.1993р.); „Програма реформування державної статистики на період до 2002 року” (поста-

нова Кабінету Міністрів № 971 від 27.06.1998р.); закон України „Про концепцію Національної програми інформатизації” (4.02.1998р.); наказ МОЗ України від 21.05.1998р. „Концептуальні основи створення єдиного інформаційного поля системи охорони здоров’я України”.

Однак, досвід реалізації державної політики інформатизації галузі свідчить про її суттєві недоліки.

На сьогодні в основні медичні облікові форми, які заповнюються при наданні амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги, не внесені соціальні параметри, які б дозволяли не тільки фіксувати хвороби та причини смерті, а й аналізувати причини їх виникнення та розповсюдження, детально вивчати здоров’я різних соціальних прошарків населення. В основних медичних документах відсутні дані, які б давали змогу визначати вартість медичної допомоги та її економічну ефективність. Ці дані вкрай необхідні зараз кожному медичному закладу, який перебудовує свою діяльність відповідно до ринкових умов.

Незважаючи на велику кількість облікових (252) та звітних (50) статистичних форм, на всіх рівнях управління охороною здоров’я зараз не вистачає об’єктивної медико-статистичної інформації, що, в свою чергу, гальмує процес реорганізації системи охорони здоров’я відповідно до сучасних вимог.

Загальновідомо, що медичні працівники більше 25% свого робочого часу витрачають на заповнення різних статистичних документів. Інформація, що збирається на базовому рівні, де надається близько 90% медичної допомоги, в незмінному вигляді піднімається на регіональний та державний рівень. Між тим, згідно із ос-

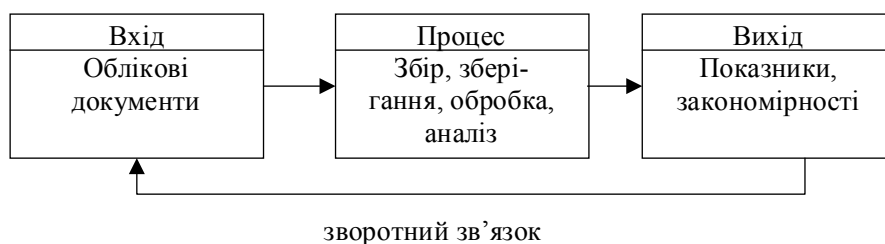
новними положеннями науки управління, модель інформаційного забезпечення повинна мати вигляд піраміди, її широка основа має обслуговувати базовий рівень, де надається основний обсяг медичної допомоги. Чим вищий рівень управління, тим інформація має бути меншою за кількістю, але інтегрованішою або комплекснішою за своїм характером.

Основною причиною невідповідності між величезним обсягом статистичного матеріалу, що збирається і малим обсягом його аналізу була і залишається орієнтація на суцільний метод збору цього матеріалу, недостатня обізнаність керівників медичних закладів з питань медичної статистики та медичної інформатики, соціальної медицини, економіки та управління охороною здоров’я.

В практиці управління охороною здоров’я на всіх рівнях інформативний матеріал страждає поверховістю, відсутністю сучасних методів аналізу. Зокрема, не визначається достовірність показників, отриманих з використанням малих чисел спостережень; динамічний аналіз обмежується порівнянням суміжних років, практично не визначається взаємозв’язок явищ, не використовуються інші економіко-математичні методи.

Інформаційне забезпечення управління охороною здоров’я має бути докорінно перебудоване.

В першу чергу, це стосується базового рівня і не лише тому, що тут надається основний обсяг медичної допомоги. На основі інформації, що створюється тут, задовольняються потреби і всіх інших рівнів управління. Графічну функціональну модель інформаційного забезпечення управління охороною здоров’я на базовому рівні зображають так (1).



Входом в систему інформаційного забезпечення на базовому рівні є облікові документи. Первинними з них є медична карта амбулаторного хворого та медична карта стаціонарного хворого. Безсумнівно, що ці документи ще певний час мають заповнювати лікарі, поки не отримають повсюдного поширення машинні носії інформації. В практиці інформаційного забезпечення використовуються, однак, не ці, а так звані проміжні облікові документи, які створюються на

їхній основі. Основними з них були в амбулаторно-поліклінічних закладах статистичний талон для реєстрації заключних (остаточних) діагнозів, контрольна карта диспансеризації, карта профілактичного огляду тощо. З 1989 року усі ці документи були об’єднані в один, що отримав назву “Талон амбулаторного пацієнта”. В стаціонарах основною проміжною статистичною формою протягом останніх десятиліть була статистична карта вибулого із стаціонару. Для реєстрації

смертності використовувалось лікарське свідоцтво про смерть.

Ці документи дають змогу визначити структуру явищ та їхню частоту серед усієї людності. Але неможливо визначити структуру та частоту цих явищ серед соціальних та інших прошарків людності. Між тим, для впливу на здоров'я потрібні дані про поширеність хвороб та смертність саме серед вікових, професійних та соціальних прошарків людності.

Розроблена методика вибіркового збору медико-статистичної інформації, необхідної для управління охороною здоров'я на базовому рівні [1, 6, 7]. Для реєстрації даних про соціальні фактори розроблена карта жителя. Окрім статеві-вікових, карта містить дані стосовно професії людини, наявності чи відсутності професійних шкідливостей, характеристики сім'ї, матеріального добробуту, житлових та мікроекологічних умов проживання.

Чисельність вибірки коливається на рівні 4 тисячі осіб. Цю статистичну сукупність рекомендуємо вибирати комбінованим способом. В сільських районах спочатку необхідно виокремити сільські лікарські дільниці і районний центр, а

потім пропорційно чисельності населення формувати вибіркочку сукупність.

Процесом в системі інформаційного забезпечення управління охороною здоров'я є збір, зберігання та обробка облікових медичних документів. Під сучасну пору цей процес має бути автоматизований.

Виходом системи інформаційного забезпечення є критерії, аналітичні таблиці, залежності, закономірності, що випливають із аналізу статистичного та іншого матеріалу.

Отже, на базовому рівні інформаційне забезпечення управління охороною здоров'я має ґрунтуватись на таких засадах:

- системному підході;
- поєднанні суцільного і вибіркового методів збору та обробки інформації;
- автоматизації процесу збору, обробки та аналізу інформації;
- застосуванні сучасних методів оцінки інформації;
- отриманні інформації стосовно здоров'я людності, його причинної обумовленості, якості, ефективності та вартості медичної допомоги.

### Список літератури

1. Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я.– Тернопіль– Київ– Вінниця, 1997.– 328 с.
2. Голяченко О.М., Романюк Л.М., Голяченко А.О. Сучасні проблеми організації охорони здоров'я (за даними Тернопільської області) // Вісник наукових досліджень.– 1999. – № 1.– С.112-113.
3. Криштопа Б.П. Інформаційне забезпечення процесу управління. В кн.: Удосконалення системи медико-статистичної інформації для управління охороною здоров'я в Україні. Харків, 1993. – С.12-13.
4. Лехан В.Н. та інші. До концепції інформаційного забезпечення системи охорони здоров'я України у нових економічних умовах. В кн.: Удосконалення системи медико-статистичної інформації для управління охороною здоров'я в Україні. Харків, 1993. – С.50-52.
5. Міщенко А.Н. Стан медичного обліку в лікувально-профілактичних закладах та достовірність медичної інформації в Україні. В кн.: Удосконалення системи медико-статистичної інформації для управління охороною здоров'я в Україні. Харків, 1993. – С.4-8.
6. Приходський О.О., Голяченко А.О., Романюк Л.М., Крицька Г.А. Медична статистика як фундамент соціально-медичних досліджень // Вісник Вінницького державного медичного університету.– 1998.– №2.– С.486-487.
7. А.О.Голяченко та інші. Управління охороною здоров'я. Тернопіль, 2000.

### ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ НА БАЗОВОМ УРОВНЕ

Л.Н. Романюк (Тернополь)

На основании углубленного анализа современного состояния информационного обеспечения системы управления здравоохранением на базовом уровне научно обоснованы и апробированы его главные принципы.

### THE MAIN PRINCIPLES OF INFORMATION SECURITY OF THE HEALTH PROTECTION DIRECTION ON BASE LEVEL

L.N. Romanyuk (Ternopil)

On the basis of deep analysis of information security modern state of the health protection system direction on base level, its main principles are substantiated.

УДК 614.23:616–082(083.74)

*А.Б. ЗІМЕНКОВСЬКИЙ, Б.О. МАТВІЙЧУК (Львів)*

## **ОЦІНКА ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ТА КЛІНІЧНИХ ПРОВІЗОРІВ ЯК НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА СТАНДАРТИВ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького

Класичне формулювання якості як сукупності властивостей і характеристик продукції чи послуг, що визначають їх можливість задовольняти встановлені чи передбачувані вимоги (формулювання ВООЗ), носить дещо емпіричний характер. У першу чергу, це пов'язане з тим, що якість медичної допомоги (ЯМД) оцінюється за допомогою багатьох змінних показників: рівня підготовки спеціаліста, його здібностей та професійного досвіду, технічної оснащеності робочого місця, технологій діагностики та лікування тощо. Отже, властивість задовольняти встановлені чи передбачувані вимоги не завжди підлягає кількісному виміру, тому єдиних достатньо об'єктивних кількісних критеріїв ЯМД поки що остаточно не виділено – на відміну від оцінки якості підготовки спеціаліста, де все ширше застосовуються стандартизовані тестові програми з кількісною бальною оцінкою.

З іншого боку, ЯМД складається з етапних результатів: якості рівня диспансеризації, профілактики, діагностики та лікування захворювання. Тобто якість у медицині – багатофакторна категорія, похідна від діяльності медичних та інших спеціалістів і результатів їх взаємодії з хворою людиною (пацієнтом). Підготовка спеціаліста-медика чи клінічного провізора передбачає кінцевий результат – можливість якісної взаємодії професіонала з хворим та професіонала з професіоналом, причому з позитивним наслідком для пацієнта.

Метою даної роботи є оцінка освітньо-професійної підготовки лікарів та клінічних провізорів в ракурсі стандартів якості надання медичної допомоги.

У давнину якістю у виробництві вважали контроль або нагляд майстрів. Останні оцінювали роботу своїх учнів. У минулому столітті Форд та Тейлор вперше запропонували окрему посаду інспектора. Його діяльність полягала у здійсненні оцінки результатів роботи (продукції) на основі використання статистичних методів. Такі спеціалісти наділялись самостійним правом ви-

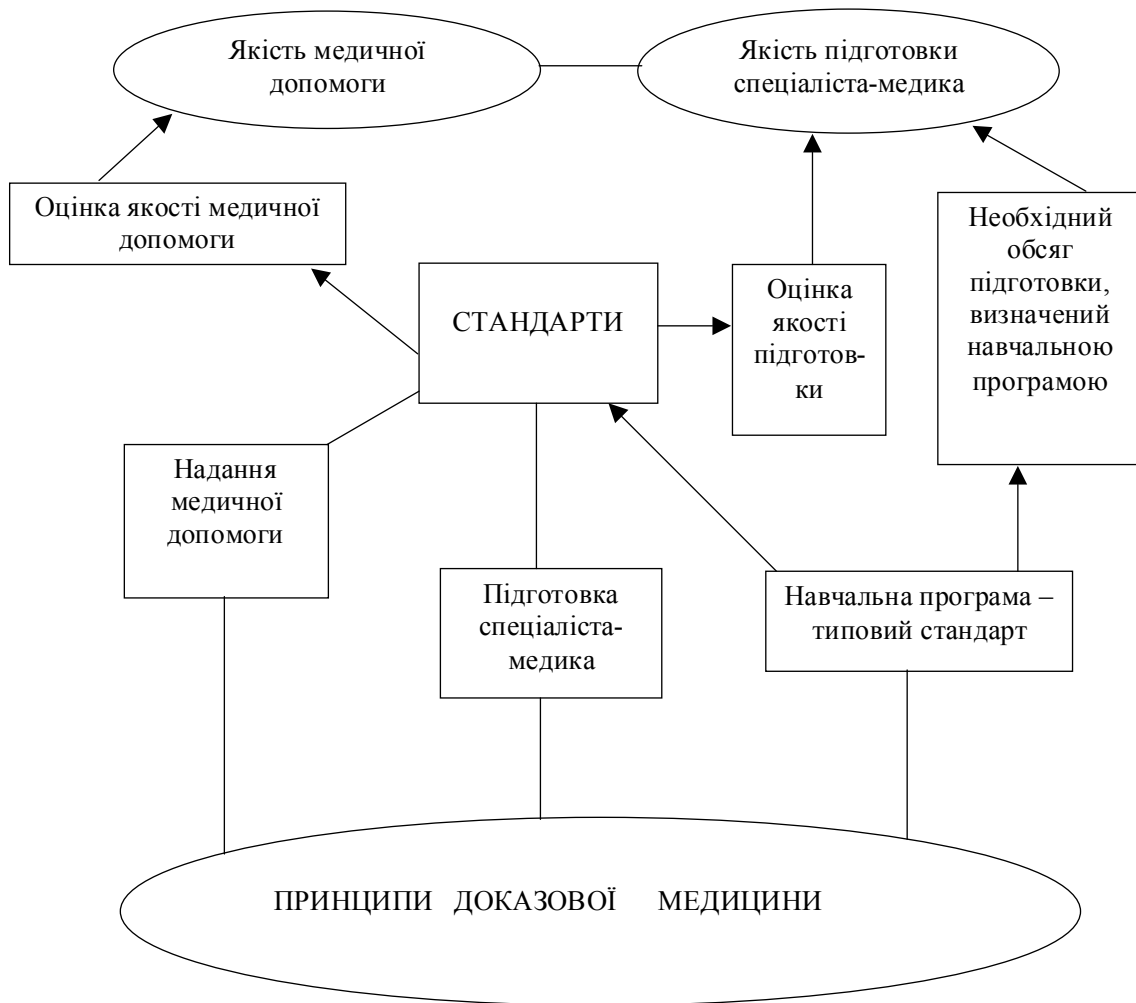
значення, яким має бути число зразків, що інспектуються, періоду безконтрольного випуску продукції, здійснення можливості бракувати весь товар, базуючись на контролі одного зразка [5]. Це захистило споживача від неякісного товару. За аналогією викладач медичної прикладної дисципліни своїм контролем фактично захищає пацієнта від “неякісного” підготовленого лікаря чи клінічного провізора.

У 1931 р. Вальтер Шеварт опублікував монографію “Економічний контроль якості промислового продукту”, в якій піддав критиці інспекцію готового продукту. Натомість він увів принципово нове розуміння контролю, що визначався як пошук проблем уже в процесі виробництва. Така форма аудиту виявилась ефективною. Різноманітні методи оцінки продукції і, зокрема, медичних послуг, одержали подальше впровадження у більшості розвинутих країн. Американські експерти успішно застосували їх в Японії, що послугувало широкому залученню основ менеджменту і маркетингу в різних сферах людської діяльності, а відтак і в медицині [5].

Інспекція готового клінічного спеціаліста часто не має для останнього такого пізнавального і стимулюючого значення, як аудит під час навчання, коли можна більш предметно вплинути на дефекти підготовки. Постійний пошук проблеми і варіантів її вирішення під час навчального процесу наштовхує на думку про щоденний безперервний контроль того, хто навчається.

Стосовно надання медичної допомоги в існуючих нормативних документах поняття “обсяг” і “якість” розташовані поряд. Однак слід визнати, що застосування терміну “обсяг” не зовсім коректне в тому значенні, що й існуючі кількісні і якісні показники наданої медичної допомоги, які з'являються внаслідок роботи відповідних підрозділів чи лікувально-профілактичних установ (ЛПУ). Щодо навчального процесу поняття “обсяг” підготовки може відповідати поняттю “навчальна програма” (див. таблицю).

**З'єднуючий алгоритм між якістю медичної допомоги і якістю підготовки спеціаліста-медика**



Оцінка діяльності ЛПУ, так само як і вищих медичних навчальних закладів, за “обсягом” виконаних послуг, чи навчальної програми, однаково не тільки не достовірна, але й шкідлива, оскільки кількісні показники “обсягу” приховують і не дозволяють проаналізувати такі важливі якісні показники, як диспансеризація, профілактика, діагностика, лікування, чи засвоєння матеріалу, вміння застосовувати теоретичні знання на практиці. Саме у вирішенні цього питання стандартизований тестовий контроль, виражений у відповідній кількісній математичній бальній оцінці з якісним забарвленням у вигляді відсотка правильних відповідей, може мати неперевірено важливе значення. Крім того, для всебічної і глибокої оцінки майбутнього лікаря слід впроваджувати спеціальні психологічні тести: на можливість наведення контакту з хворими, на сумісність з колективом, на емоційну лабільність, навіть, можливо, на духовність.

Сучасний контроль професійних якостей медичних працівників здійснюється за допомогою кваліфікаційного екзамену на сертифікат спеці-

ліста, проходження процедури атестації. Водночас численність процедур контролю часом стає причиною хибного розуміння тестованим різниці між цими процесами. Для спроби вдосконалення цієї системи пропонується запровадження в окремих випадках, за бажанням тестованого, об’єднання процедур сертифікації і атестації [13]. Крім того, має право на існування і варіант, при якому така об’єднана процедура дозволила б тестованому одержати, наприклад, кваліфікаційну категорію (II, I, вищу) без збільшення розряду тарифної сітки, або ж тільки допуск до здійснення професійної медичної діяльності з економічною користю для ЛПУ, де він працює.

Оскільки актуальною проблемою розвитку сучасної, у тому числі і вітчизняної, медицини є опрацювання і впровадження стандартів надання медичної допомоги, то і навчальний процес, підготовка спеціаліста-медика, клінічного провізора, а також оцінка результатів, чи якості цієї підготовки, повинні бути стандартизованими [3,4,10]. Така оцінка повинна проводитись за



принципом: сьогодні посередній студент-медик – завтра поганий лікар чи клінічний провізор. Щось подібне існує в практичній медицині: якісна діагностика – якісна терапія.

Міністерством охорони здоров'я України проведена значна робота з підвищення якості підготовки лікарів та провізорів і опрацювання відповідних сучасних державних стандартів вищої медичної та фармацевтичної освіти, удосконалення, оптимізації існуючої нормативно-правової документації та організації навчального процесу у вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладах III-IV рівнів акредитації [1,7]. Отже, базуючись на реальних здобутках, послідовний шлях одночасного реформування навчального і діагностично-лікувального процесів міг би виглядати наступним чином: стандарти профілактично-діагностично-лікувально-реабілітаційного процесу – стандарти його контролю – стандарти навчального процесу – стандарти контролю навчального процесу або стандарти якості навчального процесу. Вже опрацьовуються алгоритми якісної оцінки підготовки спеціалістів-медиків з максимальною стандартизацією та тестовим контролем, який адаптований до уніфікованої навчальної програми, зокрема з хірургії [6,8,17,18].

Поряд з традиційними лекціями і практичними заняттями в процес навчання слід включати щоденний розбір тестових і ситуаційних задач, аналіз карт стаціонарних та амбулаторних реальних пацієнтів з визначенням достатності проведеної діагностично-лікувальної програми і наслідків при недотриманні її обсягу. Стандарти надання медичної допомоги повинні стати моделями підготовки як майбутніх, так і працюючих спеціалістів. Особливе значення надається клінічним ситуаціям, тобто відхиленням від стандарту. Кожен учасник навчального процесу (групи) теоретично вирішує проблему діагностично-лікувальної про-

грами дійсної ситуації, реального хворого, відкрито висловлює свою думку. Оцінку його можливим діям дають інші учасники навчального процесу. Власне оцінка самих учасників, їх здорова дискусія має величезне значення для розвитку логічного мислення, почуття команди чи колегіальності, що стане придатним в майбутньому, інтуїції, яка базується на знаннях, а ті, в свою чергу, на принципах доказової медицини, ступені засвоєння пройденого матеріалу. Лише після цього викладач підводить підсумок у вигляді: оцінки теоретичних дій учасників навчального процесу; оцінки оцінюючих; виголошення правильного варіанту очікуваних дій стосовно реальної ситуації із зупинкою на пропозиціях кожного з відповідаючих і їхніх помилках; ранжування учасників ситуаційної гри за рейтингом підготовки та теоретичного прогнозу для хворого в разі застосування до нього діагностично-лікувальних моделей того чи іншого студента.

Медична галузь України входить в стадію стандартизації [2,9–12,14–16]. Опрацьовані стандарти поступово стануть альтернативою відомчій чи позавідомчій експертизі якості. Це стосується і оцінки підготовки спеціаліста, однією з основних складових якої є щоденна поточна оцінка результатів за єдиним стандартом. Фактично, оцінюючи, викладач керує якістю свого викладання і підготовки спеціаліста. Управління якістю – це вже не просто оцінка кінцевого результату, а опрацювання спеціального технологічного процесу, який забезпечує виконання визначених вимог, що вже залежить не тільки від виконавців, але й від розробленої системи, у якій вони працюють. Саме тому медичні стандарти, у тому числі управління і контролю за якістю підготовки спеціалістів – лікарів та клінічних провізорів, повинні суттєво вплинути на покращення технології і, в кінцевому результаті, на якість як підготовки, так і лікування.

### Список літератури

1. Андрощук А.О., Задорожна О.М. Рейтингова технологія навчання у вищих та середніх закладах освіти. – Луганськ, 1997. – 52 с.
2. Варус В.І., Степаненко А.В., Ліщенко С.В., Уваров В.В. Основні напрямки розвитку стандартизації військово-медичного забезпечення в Україні // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2001. – №2. – С. 28–31.
3. Василюшин Р.Й. Експертні оцінки якості і медичні стандарти – головний важіль реформування охорони здоров'я сьогодні // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2001. – №1. – С. 29–31.
4. Вялков А.И. Стандартизация как основа создания государственной программы обеспечения качества медицинской помощи // Пробл. стандартизации в здравоохран. – 2001. – №2. – 3–10 с.
5. Ластовецкий А.Г. и соавт. Развитие учения о качестве // Тезисы конф. “Проблемы стандартизации в здравоохранении”. – М., 2001. – С. 89.
6. Методичні розробки практичних занять для лікарів-курсантів передатестаційного циклу зі спеціальності “Хірургія”/ Скл. Б.О. Матвійчук, Орач Р.І., Голик Й.Г. та ін. – Львів: ЛДМУ, 2000. – 37 с.
7. Москаленко В.Ф., Вороненко Ю.В., Вітенко І.С., Волосовець О.П. Сучасний стан та проблеми освітньо-професійної підготовки лікарів та провізорів в Україні // Матеріали науково-метод. конф. “Актуальні проблеми

- підготовки фахівців у вищих мед. та фармацевтичних навчальних закладах України”, Чернівці, 20-22 листоп. 2002 р. – Чернівці, 2002. – 736 с.
8. *Навчальний план та уніфікована програма передатестаційного циклу зі спеціальності “Хірургія” / Скл. Матвійчук Б.О., Андреещев С.О., Голик Й.Г., Заремба В.С., Зіменковський А.Б. та ін. – Львів – Київ: ЛДМУ, – 2002. – 25 с.*
  9. *Педаченко Є.Г., Морозов А.М., Степаненко А.В., Гук А.П. Стандартизація медичної практики: проблеми та перспективи розвитку // Журнал АМН України. – 2002. – №1. – С. 153–162.*
  10. *Пономаренко В.М., Грузева Т.С., Зіменковський А.Б. Створення державної системи стандартизації в охороні здоров'я – актуальне завдання сьогодення // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2002. – №3. – С. 5–10.*
  11. *Пономаренко В.М., Нагорна А.М., Степаненко А.В., Корнута Н.О. Розробка державних уніфікованих стандартів медичних технологій стаціонарної допомоги: Метод. рекомендації. – Київ, 1997. – 14 с.*
  12. *Пономаренко В.М., Нагорна А.М., Степаненко А.В. та співавт. Тимчасові галузеві уніфіковані стандарти медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України. – К.: МОЗ України, УІГЗ, 1999. – Т. 1,2. – 1001 с.*
  13. *Пташинский Р.И. Новые аспекты обеспечения качества // Пробл. стандартизации в здравоохран. – 2001. – №1. – 94 с.*
  14. *Степаненко А.В. Питання впровадження медичних стандартів на основі експертного опитування // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 1999. – №1. – С. 121–124.*
  15. *Степаненко А.В. Питання медикаментозного забезпечення лікувального процесу в галузевих стандартах медичних технологій стаціонарної допомоги в ЛПУ України // Ліки України. – 2000. – №3. – С. 16–18.*
  16. *Степаненко А.В. Стандартизація в системі здравоохранения // Вісн. стоматології. – 2000. – №2. – С. 56–58.*
  17. *Типовий навчальний план та програма спеціалізації (інтернатури) випускників вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації зі спеціальності “Хірургія” / Скл. Матвійчук Б.О., Гвоздяк М.М., Голик Й.Г., Заремба В.С., Зіменковський А.Б. та інш. – Львів – Київ: ЛДМУ, – 2002. – 38 с.*
  18. *Уніфікована програма та навчальні плани циклів спеціалізації за фахом “Хірургія” / Скл. Орач Р.І., Матвійчук Б.О., Голик Й.Г., Заремба В.С., Зіменковський А.Б. та ін. – Київ – Львів: ЛДМУ, – 2000. – 29 с.*

## **ОЦЕНКА ОБРАЗОВАТЕЛЬНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОВИЗОРОВ КАК НЕОТЪЕМЛЕМАЯ ЧАСТЬ СТАНДАРТОВ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

А.Б. Зіменковський, Б.О. Матвійчук (Львов)

Необходимость стандартизации и формирования системы управления качеством в медицинской отрасли обусловлена объективной социально-экономической потребностью реформирования медицины в Украине. Разработка и развитие системы стандартизации как в практическом здравоохранении, так и в области медицинского образования, даст возможность определить основные методические подходы и, таким образом, позволит влиять на качество лечебно-диагностического и учебного процессов. Показана тесная взаимосвязь между качеством образовательного-профессионального подготовки врачей и клинических провизоров и стандартами качества оказания медицинской помощи. Предложены варианты усовершенствования системы подготовки врачей и клинических провизоров. Приведен оригинальный соединяющий алгоритм между качеством медицинской помощи и качеством подготовки специалиста-медика. Аргументирована необходимость одновременной стандартизации медицинских технологий и учебного процесса.

## **EVALUATION OF EDUCATIONAL AND PROFESSIONAL TRAINING OF PHYSICIANS AND CLINICAL PHARMACISTS AS THE INTEGRAL PART OF THE QUALITY STANDARDS ON MEDICAL AID RENDERING**

А.В. Zimenkovsky, B.O. Matviychuck (Lviv)

The necessity of standardization and forming of the system on quality management in medicine is caused by real social-economic requirement to reforming of medicine in Ukraine. The creation and development of the standardization system both in practical medicine and in medical education will give the possibility to select the main ways and methods and to influence on the quality of diagnostic, medical and educational processes. It was shown the close interrelation between the quality of educational and professional training of doctors and clinical pharmacists and the quality standards on rendering of medical aid. Variants were offered for improvement of the system for training doctors and clinical pharmacists. It was given an original connecting algorithm between the quality of medical aid and the quality of training of an expert – physician. The necessity of simultaneous standardization of medical technologies and educational process was argued.

## ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЛІКАРІВ ПЕРШОГО КОНТАКТУ ТА СКЛАДОВІ ЇЇ ФОРМУВАННЯ

Український інститут громадського здоров'я

Медицина упродовж віків служила людині, спираючись на наукові і практичні досягнення. Але праця медиків була і залишається однією з найнебезпечніших. Ще за часів Російської імперії смертність серед лікарів була на 30 % вищою, ніж серед представників інших професій. Згадаємо епідемії тифу, холери, туберкульозу, під час яких медики без вагань надавали допомогу хворим, втрачаючи своє здоров'я і в багатьох випадках життя.

Ще в 1906 р. лікар Н. Баранів писав: “Для того, щоб лікар міг спокійно виконувати свою тяжку роботу, спокійно вмирати, не думаючи про незабезпеченість родини, він повинен бути забезпечений державою і суспільством. Для блага держави лікар жертвує навіть життям, постійно має справу з небезпеками більш серйозними, ніж ворожі кулі” [3].

На часі маємо XXI сторіччя, а умови життя і праці українського лікаря потребують значного покращення, тому соціальні проблеми для нього залишаються досить актуальними.

Сучасні економічні відносини між роботодавцем і працівником передбачають високі вимоги не тільки до професійних якостей останнього, але й до рівня його працездатності і, відповідно, до здоров'я.

Розвиток кадрового потенціалу в галузі об'єктивно пов'язаний із загальними процесами суспільно-господарської зайнятості населення, яким властиві такі тенденції: збільшення частини осіб похилого віку в складі робочої сили; скорочення питомої ваги молодих кадрів у складі працюючого населення; зростання чисельності зайнятих у невиробничих галузях за рахунок скорочення кадрів, які працювали у промисловості, будівництві та сільському господарстві; прискорення темпів росту чисельності працюючих, зайнятих в охороні здоров'я та соціальному забезпеченні [5]. Тому проблема якості трудових ресурсів в охороні здоров'я набуває особливої актуальності.

Всесвітня організація охорони здоров'я при розробці стратегії досягнення здоров'я для всіх

особливого значення надає вирішенню проблем “здоров'я” та “якості життя”, приймаючи за постулат, що “якість життя нерозривно пов'язана зі здоров'ям”. Головною ідеєю є забезпечення можливостей розвитку і використання населенням особистого потенціалу здоров'я для повноцінного в соціальному, економічному і психологічному плані життя [2].

Поняття “якість життя” виходить за рамки традиційного уявлення про матеріальне буття, життєвий рівень і включає філософські, культурні та психологічні компоненти. На думку деяких авторів висока якість життя характеризує біологічне, фізичне, соціальне середовище перебування особистості і проявляється відчуттям задоволення життям, станом повного благополуччя [4].

Разом з тим, дослідження якості життя – загально визнаний, високоінформативний, надійний, чутливий та економічний метод оцінки благополуччя як індивідуального, так і групового, який дає інтегральну характеристику фізичного, психологічного (емоційного) та соціального функціонування особи, ступеню комфортності людини в суспільстві [1].

У своїй статті ми хочемо привернути увагу до якості життя лікарів первинного рівня, в роботі яких безпосередньо присутній ризик для їх власного здоров'я та здоров'я їхньої родини. Актуальність вивчення якості життя саме медичних працівників зумовлена тим, що вони складають одну із соціальних груп населення, які відчувають на собі всі реальні проблеми сучасного суспільного життя, і одночасно зобов'язані бути амортизатором цих проблем під час масових контактів населення з медичною мережею. Таким чином, медичні працівники, особливо лікарі першого контакту, перебувають не тільки в колі своїх власних проблем, але й у колі проблем пацієнтів, відчуваючи при цьому подвійне соціально-психологічне навантаження. Все це стає фактором впливу на здоров'я та якість життя медичних працівників, які в свою чергу, безпосе-

редньо впливають на якість надання медичної допомоги населенню.

Оскільки поняття “якість життя” тісно пов’язане із соціально-економічними умовами в кожній конкретній країні та менталітетом різних соціальних груп, не існує єдиних критеріїв його оцінки. При визначенні якості життя завжди присутній суб’єктивний компонент, тому основним методом залишається анкетування. Програма дослідження складалася з наступних взаємопов’язаних етапів.

Перший етап – медико-соціальне дослідження, на основі якого було здійснене комплексне вивчення особливостей способу життя лікарів, що надають первинну медичну допомогу хворим Луганської та Житомирської областей. Другий етап – визначення інформаційно цінних факторів ризику, що мають вплив на якість життя та стан здоров’я лікарів первинного контакту. Третій етап – розробка рекомендацій із збереження і зміцнення здоров’я медичних працівників.

Для вивчення особливостей способу життя лікарів первинного рівня нами був використаний метод анонімного опитування. Окремими розділами в анкеті були виділені: оцінка власного здоров’я, фізична активність, харчування, шкідливі звички, соціально-психологічний стан, заняття спортом, фізичною культурою. Всього проанкетовано 678 лікарів первинного рівня (з них 379 – м. Житомир та Житомирська область, 299 – м. Луганськ та Луганська область). Серед опитаних переважали жінки (65,5 %), чоловіки склали 34,5 %.

За віком респонденти розподілилися наступним чином: 13,5 % склали особи до 30 років, 24,6 % – особи 30-39 років, 28,7 % – 40-49 років, 20,7 % – 50-59 років, 12,5 % – 60 років і старше. Середній вік лікарів складає 44 + 0,93 років (лікарів, які надають первинну медико-санітарну допомогу в сільській місцевості – 45,2 + 1,01 років, у містах – 42,8 + 0,84 років). Це свідчить про те, що опитані лікарі мають стаж роботи в середньому понад 19 років, а отже, є досить досвідченими.

Результати вивчення рівня кваліфікованості показали, що 25,3 % опитаних мають вищу, 38,0 % – I, 33,5 % – II кваліфікаційну категорію. Серед лікарів, що надають первинну допомогу міському населенню, питома вага лікарів вищої кваліфікаційної категорії складає 29,0 проти 19,9 % в сільській місцевості. І навпаки – питома вага лікарів первинного рівня I та II кваліфікаційних категорій, які практикують у сільській місцевості, складає 35,9 та 41,3 % відповідно проти 31,9 та 35,8 % серед лікарів, які практикують у містах.

Особливий інтерес, на наш погляд, викликають розділи анкети, присвячені вивченню ставлення лікарів до власного здоров’я. Суб’єктивні оцінки медиками свого здоров’я не можна назвати високими. Так, тільки 40,9 % вважають своє здоров’я “добрим”. Серед жінок-лікарів у цілому “добрим” вважають стан свого здоров’я 38,4 %, серед чоловіків-лікарів – 46,6 %. Розподіл оцінки стану свого здоров’я лікарями первинного рівня в основних статевих вікових групах представлено в таблиці.

**Оцінка стану свого здоров’я лікарями первинного рівня**

Вік	Лікарі-чоловіки						Лікарі-жінки					
	практикують у містах, %			практикують у сільській місцевості, %			практикують у містах, %			практикують у сільській місцевості, %		
	добре	непогане	погане	добре	непогане	погане	добре	непогане	погане	добре	непогане	погане
до 30 років	50,0	41,7	8,3	70,0	30,0	0	68,6	31,4	0	39,1	60,9	50,0
30-39 років	60,0	40,0	0	58,3	37,5	4,2	44,7	54,1	1,2	45,2	51,6	60,0
40-49 років	60,7	35,7	3,6	40,5	50,0	9,5	45,4	49,4	5,2	38,8	53,0	60,7
50-59 років	41,6	54,2	4,2	19,0	71,4	9,6	23,0	63,9	13,1	29,4	61,8	41,6
60 і старше	40,0	53,3	6,7	36,8	52,7	10,5	29,6	63,0	7,4	0	75,0	40,0



На запитання про стан фізичного здоров'я (наявність фізичних захворювань, травм тощо) 57,0 % респондентів відповіли, що за останні 30 днів були дні, коли вони почували себе незадовільно: 35,4 % з них склали особи до 40 років, 67,2 % становили жінки-лікарі. Питома вага лікарів, які почували себе фізично незадовільно більше 10-ти днів за останні 30 днів, склала 17,8 %, тобто майже кожний п'ятий лікар, який мав надавати первинну медичну допомогу, відчував себе фізично нездоровим від 10 до 30 днів.

Якщо фізичне нездоров'я можна розглядати як відхилення, то емоційна напруга – нормальна захисна реакція особи, яка дозволяє їй мобілізувати фізіологічні функції організму на подолання складних ситуацій в процесі інтелектуальної, освітньої або трудової діяльності. У надмірних кількостях емоційна напруга призводить до різних за складністю психологічних розладів. У рамках дослідження нами було передбачено вивчення і цього аспекту. Так, у стані психологічного дискомфорту (стрес, депресія, негативні емоції) перебували 70,7 % опитаних лікарів первинного рівня: 68,5 % з них склали жінки-лікарі, 41,1 % – особи до 40 років. Проблеми, пов'язані з емоціями, створювали тривалий (від 10 до 30 днів за останній місяць) психологічний дискомфорт у 32,7 % опитаних, тобто у кожного третього лікаря.

До соціальних чинників, які мають вплив на якість життя та здоров'я лікарів, належать: рівень прибутків, умови праці та побуту, особливості харчування, відпочинку, рівень інтелектуального розвитку, активність людини щодо збереження свого здоров'я, наявність шкідливих звичок тощо. За результатами нашого дослідження виявилось, що третина лікарів первинного рівня (32,4 %) курять, серед них 29,1 % складають жінки-лікарі, відповідно 70,9 % – чоловіки. Лікарі, що практикують у містах, складають 56,4 % від загальної кількості лікарів первинного рівня, які курять (з них жінки – 41,9 %, чоловіки – 58,1 %). Співвідношення чоловіків і жінок-лікарів первинного рівня, які практикують у сільській місцевості і курять, відрізняється, а саме: жінки – 12,5 %, чоловіки – 87,5 %. Причому якщо в містах лікарі в 98,7 % курять сигарети з фільтром, то в селах – 73,8 %, тобто 26,2 % лікарів курять сигарети без фільтру, у тому числі сигарети, зроблені власноруч. За результатами опитування, в сільській місцевості 30,2 % лікарів первинного рівня курять, щоб полегшити відчуття стресу, в містах на цю причину вказали 16,2 %. Вживають алкогольні напої, включаючи пиво та змішані напої, в середньому до 3-х днів на місяць 40,9 % опитаних, 4 і більше днів – 15,6 %.

Практикуючі лікарі як в містах, так і в сільській місцевості, переважно одружені (46,5 та 79,4 % відповідно). За результатами дослідження, в містах виявилася більшою питома вага лікарів, які ніколи не були одружені – 11,2 % (у сільській місцевості – 6,5 %), та розлучених – 8,2 % (у сільській місцевості – 7,9 %). Задоволені своїми сімейними стосунками 81,2 % сільських лікарів та 75,4 % лікарів у містах.

На питання “Чи отримуєте Ви задоволення від роботи?” лише 74,4 % лікарів сільської місцевості відповіли, що “задоволені” або “більше задоволені, ніж незадоволені”, в містах – 79,6 %. Більшою виявилася питома вага лікарів, які не задоволені своєю спеціальністю, серед практикуючих у сільській місцевості – 15,2 проти 9,97 % у містах.

Регулярно займаються спортом 27,0 % лікарів (у містах – 26,4 %, в селах – 27,8 %). Основним джерелом своїх прибутків 64,2 % лікарів вважають свою заробітну плату в державній медичній установі (лікарі, що практикують у сільській місцевості – 68,9 %, в містах – 60,9 %). Понад чверть сільських лікарів (25,6 %) мають прибуток від домашнього господарства. У майже чверті лікарів у містах (21,4 %) та селах (26,0 %) сімейний бюджет складається із заробітної плати, пенсії, допомоги родичів та інших видів прибутків. При цьому лише 0,5 % лікарів первинного рівня вважають, що їхня сім'я не має жодних фінансових труднощів.

П'ятій частині лікарів (20,6 %) вистачає грошей на проживання, труднощі складає придбання меблів, телевізора, холодильника. Серед лікарів у селах такої думки дотримується 23,0 %, в містах – 18,8 %. Половина – 54,1 % (у сільській місцевості 51,6 %, в містах – 56,0 %) – лікарів вважають, що в їхній сім'ї достатньо грошей лише на продукти харчування і є труднощі з придбанням одягу та взуття. Четверта частина – 24,8 % (в сільській місцевості 24,2 %, в містах – 25,2 %) – лікарів первинного рівня “ледве зводить кінці з кінцями”, в їхніх сім'ях грошей не вистачає навіть на їжу.

За даними опитування, у 48,3 % сімей лікарів первинного рівня найбільший внесок у сімейний бюджет робить особа, яка за професією є бізнесменом, у 35,7 % випадків – голова підприємства чи організації, в 9,7 % випадків – спеціаліст середньої кваліфікації. Включаючи всі типи доходів (заробітну плату, стипендію, пенсію, фінансову допомогу на дітей тощо) приблизний загальний місячний дохід у сім'ї лікаря на одну особу складає 135,9 грн. Таким чином, лікарі на сьогодні – одна з найбільш низькооплачуваних категорій бюджетників і логічно, що якість їхньо-



го життя є гіршою порівняно з представниками інших спеціальностей.

Результати проведеного дослідження свідчать, що роки перехідного періоду в нашій країні негативно впливають на медичну сферу, зокрема на медичних працівників. Дефіцит фінансування, медикаментів, зношеність обладнання, низький рівень заробітної плати, нестабільність у системі охорони здоров'я згубно впливають на здоров'я і працездатність, а отже, і на якість життя медичних працівників. Здійснення комплексу за-

ходів, спрямованих на соціальний захист медичних працівників, надання їм допомоги з оздоровлення, покращення умов праці та побуту, дозволило б підвищити соціальний престиж медичної спеціальності, а отже, якість надання медичної допомоги населенню України. Результати проведеного дослідження дозволяють також рекомендувати включити медичних працівників, а саме лікарів первинного рівня, в групу соціального ризику, яка потребує першочергового захисту та соціальної підтримки.

### Список літератури

1. Альбицкий В.Ю., Гурылева М.Э., Добровольская М.Л и др. Качество жизни медицинских работников // Здравоохран. Рос. Федерации. – 2003. – №3. – С. 35-38.
2. *Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ* (Европейская серия по достижению здоровья для всех, №6). – Копенгаген: ВОЗ, ЕРБ, 1999. – 310 с.
3. *Ненашева О.* Хто захистить лікаря? // *Нова медицина*. – 2003. – №3(8). – С. 4-7.
4. *Огнєв В.А.* Нові технології в медицині: якість життя дітей, хворих на бронхіальну астму // *Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України*. – 2001. – №4. – С. 20-24.
5. *Пономаренко В.М., Москалець Г.М.* Забезпечення населення України медичними кадрами (за останнє десятиріччя) // *Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України*. – 2001. – №4. – С. 77-85.

### КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ВРАЧЕЙ ПЕРВОГО КОНТАКТА И СОСТАВЛЯЮЩИЕ ЕГО ФОРМИРОВАНИЯ

В.М. Пономаренко, Н.В. Медведовская (Киев)

Представлены результаты анонимного опроса врачей первого контакта (первичного уровня) Житомирской и Луганской областей. Проанализировано отношение врачей к собственному здоровью, условиям труда и быта, особенности отдыха, питания, вредные привычки, психологические факторы, профессиональный уровень и финансовое обеспечение.

### LIFE QUALITY OF PRIMARY LEVEL PHYSICIANS AND CONSTITUENTS OF ITS FORMATION

V.M. Ponomarenko, N.V. Medvedovskaya (Kiev)

The results of anonymous questioning of primary level physicians of Zhytomir and Lugansk districts are presented. The attitude of physicians to their own health, work and life conditions, peculiarities of rest, nutrition, bad habits, psychological factors, professional level and their financial provision has been studied in detail.

УДК 613.846:312.921

О.О. СТОЙКА (Київ)

## ЕФЕКТИВНІСТЬ РОБОТИ ЛІКАРІВ З ПРОФІЛАКТИКИ ТЮТЮНОКУРІННЯ В УМОВАХ ВЕЛИКОГО МІСТА

Київський міський центр здоров'я

У сучасних дослідженнях підкреслюється роль лікаря у припиненні куріння пацієнтів та зв'язок між курінням лікарів і їхньою активністю у роботі з припинення куріння. У дослідженні серед лікарів-кардіологів та пульмонологів 6 лікарень Буенос-Айреса (Аргентина) було показано, що 69,1% лікарів часто радять своїм хворим покинути курити, але застосування найбільш ефективних методик відмови від куріння було тісно пов'язане з тим, курить лікар чи ні. Так, серед тих лікарів, що не курили, використовували методики 19,9%, а серед лікарів-курців – тільки 6% [11]. В інших дослідженнях показано, що від 64,2 до 87% лікарів завжди або часто запитують пацієнтів про їх курильний статус та виявляють бажання допомогти пацієнтам позбутися цієї звички, але менше 2% лікарів визначають термін припинення куріння або радять нікотинзамісну терапію. 60,6% лікарів пропонують пацієнтам свою підтримку, однак, як показало дослідження, тільки 23,9% з них володіли інформацією про техніку припинення куріння і 18,9% мали уявлення про ознаки абстинентного синдрому. І лише 49% вважають, що лікарі повинні бути прикладом некуріння [6, 7, 9].

До 2% пацієнтів кидають курити вже після однієї кваліфікованої консультації. Достатньо витратити 3-5 хвилин на такі поради і надати пацієнту певні допоміжні матеріали, щоб від 5 до 8% пацієнтів звільнилися від цієї шкідливої звички принаймні на рік. Ці незначні, на перший погляд, цифри означають, що в Україні сотні тисяч пацієнтів відмовляться від сигарет. Оскільки 70% хворих, що курять, відвідують лікаря протягом року, лікар має практичну можливість надавати їм поради щодо припинення куріння. Проте такі поради отримують лише 37% пацієнтів [5].

Незважаючи на деякі дані про спостереження за рівнем розповсюдженості тютюнокуріння серед лікарів та на дослідження показників консультативної допомоги пацієнтам, наведені вище, немає достатньої інформації про зміст та якість надання допомоги лікарями у припиненні куріння

пацієнтів.

Метою дослідження є аналіз ефективності роботи лікарів з профілактики тютюнокуріння серед пацієнтів лікувально-профілактичних закладів м. Києва.

Перед нами стояли наступні завдання: дослідити, як саме та наскільки активно працюють лікарі з пацієнтами щодо профілактики куріння; як фіксують цю роботу у первинних медичних документах; як надають рекомендації з припинення куріння; їх обізнаність у способах та засобах такої допомоги. Важливим було також дослідити поширеність куріння серед самих лікарів та взаємозв'язок між їхнім курінням і наданням порад з припинення куріння.

У дослідженнях брали участь 310 лікарів м. Києва. Опитування проводилось методом анонімно-анкетування (самозаповнення) з використанням розробленої нами анкети, яка складається з 29 питань. Метод формування вибіркової сукупності – комбінована вибірка, у якій спочатку методом районованої вибірки були охоплені всі 10 адміністративних районів м. Києва, а потім методом стихійного відбору були опитані лікарі лікувально-профілактичних закладів. Випадковим методом були відібрані лікарі 15 поліклінік та 5 клінічних лікарень.

Структура запитань у анкеті наступна: перша частина містить запитання, відповіді на які показують якість роботи лікарів з пацієнтами з профілактики тютюнокуріння, а також рівень обізнаності лікарів для допомоги пацієнтам з цією проблемою; друга частина запитань стосувалася ставлення до тютюнокуріння самих лікарів; у третій частині були поставлені питання для з'ясування того, де та як підвищують свою кваліфікацію лікарі з цього питання та наскільки бажають це робити; четверта частина запитань стосується паспортних даних та даних про фаховий рівень лікарів.

Статистичний аналіз даних проводився за допомогою комп'ютерної статистичної програми STATISTICA (Stat Soft, 99' Edition). Використовувалися як стандартні методи описувальної

статистики (обчислювання середніх, стандартних відхилень і стандартних похибок, рангових статистик і т. ін.), так і відомі критерії значення (t-критерій Стьюдента, хи-квадрат) [2].

Результати та обговорення. Аналіз якості роботи лікарів з пацієнтами з профілактики тютюнокуріння, рівень їх обізнаності у допомозі пацієнтам покинути курити. Дослідження відповідей на першу частину анкети показали наступне. Про

курильний статус кожного зі своїх пацієнтів запитують тільки 47% респондентів, 18% запитують, якщо мають припущення, що вони курять, 13% запитують, якщо куріння може ускладнити перебіг захворювання, 17% запитують, якщо хвороба може бути пов'язана з курінням, 5% зовсім не запитують (табл. 1). Найбільш активно виявляють курильний статус дільничні терапевти, кардіологи, онкологи та фтизіатри.

Таблиця 1. Розподіл відповідей лікарів на запитання "Чи запитуєте Ви своїх пацієнтів, курять вони чи ні?" (у абсолютних цифрах та у % до тих, хто відповів)

Варіанти відповідей	Всі лікарі		Терапевти		Вузькі спеціалісти	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Ні	16	5	-	-	16	7
Так, якщо куріння може ускладнити перебіг захворювання	42	13	11	11	31	14
Так, якщо хвороба може бути пов'язана з курінням	53	17	19	20	34	16
Так, якщо маю припущення, що він/вона можуть курити	55	18	18	19	37	17
Так, кожного	144	47	48	50	96	45
Всього	310	100	96	100	214	100

Відмічає курильний статус кожного пацієнта у медичних картках або історіях хвороб тільки 31% опитаних лікарів, не відмічають 34% лікарів, інші 35% відмічають епізодично. Виявлений прямий кореляційний зв'язок із середнім ступенем значущості між активністю у виявленні курильного статусу пацієнтів та записом у медичних документах ( $r = 0,52$ ;  $p < 0,05$ ). Так, серед тих лікарів, хто запитує кожного пацієнта про його курильний статус, 55% відмічають це у медичних документах, не відмічають серед них тільки 10% респондентів. Серед тих лікарів, які вибірково опитують хворих, статус кожного відмічають тільки 15%, не відмічають – 40%. Відмічають у первинних медичних документах наступне: курить пацієнт чи ні – 55% лікарів, кількість викурених сигарет – 39%, стаж куріння – 45%, скільки років пройшло, як кинув курити – 18%, відмічають пасивне куріння до 1% лікарів (загальна сума відсотків вища за 100, тому що допускалося декілька відповідей).

Надають пораду кинути курити кожному, хто курить, 56% лікарів, інші 40% надають поради в окремих випадках (якщо куріння може ускладнити перебіг захворювання, якщо пацієнт – запеклий курець тощо), 4% зовсім не надають поради. Ці дані зіставляються з деякими зарубіжними дослідженнями, згідно із якими від 43 до 50% лікарів надають пораду кинути курити [9,10]. Серед вузьких спеціалістів найбільш активно надають такі поради кардіологи, онкологи, гінекологи та фтизіатри. Самі хворі не звертаються або рідко звертаються до лікаря за допомогою у припиненні

куріння: 55% лікарів відмітили, що хворі ніколи не звертаються до них, 31% називає декілька випадків на рік, тільки 10% респондентів відмітили, що до них звертаються декілька разів на місяць, 2% - відповідно декілька раз на тиждень і до 2% лікарів звертаються постійно.

При аналізі консультативної допомоги, яку надає лікар пацієнтам у припиненні куріння, звертає на себе увагу те, що 36% лікарів не отримують підтримки у цій роботі з боку інших фахівців та родичів хворих. 23% відмітили, що їм допомагає медична сестра (у іноземних дослідженнях це 41%), 19% – родичі хворого, 6% – вузькі спеціалісти, 5% лікарів допомагають дільничні лікарі [10]. 37% лікарів витрачають на рекомендації 1-2 хвилини, ще 33% – 3-5 хвилин та 22% витрачають 5 хвилин і більше. Для впливу на пацієнта по відмові від куріння достатньо короткої консультації тривалістю 3-5 хвилин якщо лікар достатньо чітко надасть поради [5]. Тому ми бачимо, що 55% лікарів витрачають достатньо часу для первинної консультації. Але як показують відповіді на наступні три запитання, лікарі недостатньо змістовно надають поради.

Так, призначають день припинення куріння тільки 2% лікарів, дають відповідну літературу – 6% лікарів. Для порівняння: 57% британських лікарів надають антитютюнові матеріали у вигляді пам'яток, а 4% – навіть відеоматеріали [10]. Призначають нікотинзамісні (НЗТ) препарати тільки 3% лікарів, але навіть серед них майже третина не дали конкретні назви препаратів (у Великобританії призначають НЗТ 83% лікарів). Тільки

13% лікарів направляють пацієнтів-курців до спеціалістів з припинення куріння, 5% лікарів пропонують пацієнтам брати участь в антитютюнових акціях. Реакція на пораду лікаря у пацієнтів переважно адекватна та позитивна: 44% пацієнтів розмірковують над тим, щоб покинути курити, а 49% обіцяють це зробити. Кидають курити взагалі та дякують за допомогу 6%.

Дослідження показало низьку обізнаність лікарів про препарати та засоби для припинення тютюнокуріння (питання було відкритим) – 50% опитаних не назвали жодного препарату чи засобу. Знають про нікотинзамісний препарат “Нікоретте” тільки 37% лікарів, інші препарати, які є в аптечній мережі (“Табекс”, “Табакум +”, “Нікотінет” та ін.), назвали 17%. Препарат “Зібан” назвали 3%, рефлексотерапію – 3%, нікотинний пластир – 3%.

При відповіді на відкрите запитання про головний ризик для людини, яка курить, 20% взагалі не дали відповіді, відповідь “рак легенів” дали 24% респондентів, відповідь “онкозахворювання” – 43%. Це досить загальна відповідь для лікарів, у тому числі таких вузьких спеціалістів, як кардіологи, пульмонологи, онкологи. Вказали на серцево-судинні захворювання як головний ризик куріння 26% лікарів, на захворювання органів дихання – 18%.

При аналізі перешкод, які виникають у лікарів, 23% відмітили, що немає/не вистачає часу, 21% респондентів вважають цю роботу неефективною, 9% відмічають відсутність відповідної підготовки, 8% всіх лікарів та навіть 2% терапевтів вказали, що це не входить в коло їхніх обов’язків, але 51% відмітили, що не мають ніяких перешкод для надання допомоги пацієнтам у припиненні куріння (загальна сума відсотків вища за 100, тому що допускалося декілька відповідей).

**Дослідження ставлення лікарів до куріння.** У другій частині дослідження було з’ясовано ставлення до тютюнокуріння самих лікарів та їх курильний статус.

Всього курить 20% опитаних лікарів, серед жінок-лікарів курить 9%, а серед чоловіків – 43%. Курять серед вузьких спеціалістів 44% чоловіків та 12% жінок, а серед терапевтів – 38% чоловіків та 10% жінок. Це збігається з даними про рівень куріння лікарів в Україні [3]. Для порівняння: у Москві (Росія) серед лікарів-чоловіків курять 50,3%, тобто подібні дані, а ось серед лікарів-жінок курить 26,5%, що втричі більше, ніж у Києві [1]. 13% лікарів відмітили, що курять кожний день, при цьому серед лікарів-терапевтів це 8%, а серед вузьких спеціалістів – від 16% у хірургів до 30% у онкологів-хірургів (табл. 2).

Таблиця 2. Розподіл відповідей лікарів на запитання “Чи курите Ви?” (у абсолютних цифрах та у % до тих, хто відповів)

Варіанти відповідей	Всі лікарі		Терапевти		Вузькі спеціалісти	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Курю кожен день	40	13	8	8	64	30
Курю епізодично	22	7	2	2	30	14
Курив раніше, але покинув	28	9	7	8	26	12
Не курю	220	71	79	82	94	44
Всього	310	100	96	100	214	100

Дослідження інтенсивності куріння показало, що щоденні курці курять переважно 10 сигарет на день (35%), 22% з них курить 20 сигарет на день, 17% – 15 сигарет на день. За стажем куріння найбільшу групу складають лікарі, які курять 10-20 років, – 32% опитаних. Це група ризику щодо розвитку нікотинної залежності [4].

Про причини свого куріння лікарі повідомили наступне: 29% відмітили, що курять, щоб полегшити відчуття стресу, 16% повідомили про наявність нікотинної залежності, 8% курять для релаксації, ще стільки ж (8%) – щоб не набрати зайвої ваги, 40% не назвали ніяких причин куріння. Половина курців-лікарів хоче покинути курити і в середньому вони робили по 2-4 такі спроби. 38% лікарів повідомили, що пацієнти знають про їхне

куріння і ще 20% відмітили, що пацієнти здогадуються про це. Переважна більшість усіх респондентів (79%) вважають, що лікар не повинен курити, серед некурців це 84%. Але серед курців ця частка лікарів складає 61%. Серед курців-лікарів 24% не вважають, що лікар не повинен курити, а серед тих, хто не курить, таких тільки 8%.

**Аналіз кваліфікації лікарів з профілактики тютюнокуріння.** Тільки 32% лікарів брали участь у заняттях з навчання профілактики тютюнокуріння. 6% брали участь у семінарах, тренінгах, курсах; 9% – у науково-практичних конференціях; 7% були на курсах підвищення кваліфікації, де висвітлювалися питання паління; 8% проходили цю тему у ВНЗі і тільки 17% з них (4 респонденти!) відмітили, на яких кафедрах і скільки

годин займалися: біля 2-4 годин на кафедрах фармакології, комунальної гігієни, патфізіології, соціальної економіки.

Про проведення антитютюнових заходів знають 68 % лікарів, брали участь в них тільки 17%.

Для підвищення своєї обізнаності з питань тютюнокуріння лікарі у 30 % випадків використовують популярну літературу, у 26% випадків бе-

руть участь у семінарах, лекціях, 16% читають спеціальну літературу (більшість вказали журнали "Доктор", "Ліки України"), тільки 2 % використовують Інтернет-ресурси, 2% назвали рекламу, а 35% лікарів не назвали жодного джерела (рис.). Тільки 19% лікарів висловили бажання поглибити свої знання з питань тютюнокуріння та залишили для цього свої координати.

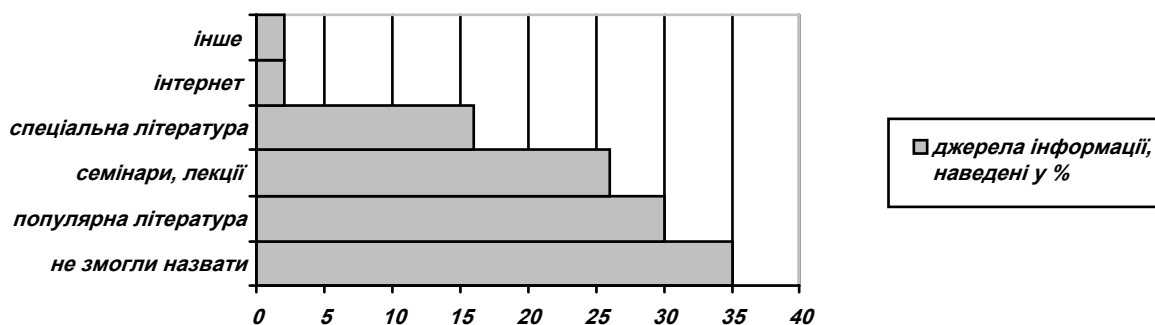


Рис. Джерела інформації, які використовують лікарі для підвищення своєї обізнаності з питань тютюнокуріння (у % до відповідей респондентів, опитувані могли вказувати декілька відповідей)

**Фаховий рівень лікарів та їх соціальний портрет.** Основна частина респондентів – це дільничні терапевти – 31%; онкологів – 14%, гінекологів – 10%, кардіологів, хірургів та фтизіатрів по 8%, стоматологів – 7%, педіатрів – 4%, лікарів інших спеціальностей – 10% (лікарі ЛФК, наркологи, отоларингологи, невропатологи та ін.). Стаж роботи лікарів складав: від 0 до 5 років – 23%, 6-10 років – 16%, 11-20 років – 27%, 21-30 років – 20%, 31-40 років – 12%, 41-50 ро-

ків – 2%. За кваліфікацією лікарі розподілилися на такі групи: без категорії – 30%, з II категорією – 23%, з I категорією – 29%, з вищою – 13%, кандидатів медичних наук – 5%. За віком діапазон був від 22 до 78 років, середній вік складав 42 роки. Група 22-30 років складала 22%, 31-40 років – 27%, 41-50 років – 27%, 51-60 років – 14%, 61-70 років – 10% та 71-78 років – до 1%. За статтю розподіл був наступний: жінки склали 68%, чоловіки – 32%.

### Висновки

У результаті дослідження були вперше проаналізовані зміст та ефективність роботи лікарів з профілактики тютюнокуріння серед пацієнтів лікувально-профілактичних закладів м. Києва за певними критеріями, які були нами розроблені, та отримані дані у вигляді узагальнення відповідей на запитання анкети.

1. Дані про виявлення курильного статусу пацієнтів свідчать про те, що ця робота ведеться лікарями досить фрагментарно та не систематично – тільки 47% лікарів запитують кожного пацієнта про його ставлення до куріння та 31% лікарів відмічають це у амбулаторних медичних картках або історіях хвороб кожного пацієнта. Особливу увагу звертає на себе результат відповідей про відмітки характеристик куріння, таких як стаж куріння (відмічають 45% лікарів) та його інтенсивність (відмічають 39% лікарів), які є важливими показниками для відстеження розвитку атрибутівних захворювань.
2. Виявлені труднощі у наданні консультацій щодо припинення куріння через низьку активність самих пацієнтів у зверненні за допомогою, а також через те, що більше третини лікарів не одержують підтримки з боку інших фахівців та родичів хворих.
3. Якість надання консультацій з припинення тютюнокуріння досить низька, про що свідчать мала обізнаність лікарів про засоби відмови від куріння та незначний відсоток лікарів (2-3%), які користуються ключовими елементами консультативної допомоги (встановлюють дату припинення тютюнокуріння, призначають НЗТ).
4. Майже у половини лікарів (49%) відмічається низька впевненість у ефективності цієї роботи та відсутність розуміння своєї ролі у ній. Як приклад: британські дослідники відмічають, що 86% британських лікарів, які були опитані, вірять у те, що НЗТ підвищує шанси покинути куріння [10].
5. Розповсюдженість куріння серед усіх лікарів досить низька порівняно з населенням м. Києва (20% проти 34%). Порівняно з лікарями деяких країн Європи (Іспанія, Німеччина, Швеція, Велика Брита-



нія), а також з лікарями Москви (Росія), серед лікарів Києва розповсюдженість тютюнокуріння серед чоловіків вища, але нижча серед жінок (крім Швеції та Британії серед лікарів-жінок)[1,8].

6. Лікарі мало використовують спеціальні та фахові джерела інформації про тютюнокуріння. Відомості про цю проблему вони здебільшого отримують зі сторінок популярних газет та журналів і навіть з реклами тютюнових виробів.
7. Дослідження показало необхідність підвищення якості надання лікарями консультативної допомоги своїм пацієнтам у припиненні тютюнокуріння, а також організації проведення навчання лікарів та студентів медичних ВНЗів основам консультаційної допомоги пацієнтам з профілактики тютюнокуріння.

Винятково важливою є робота лікарів, соціальних працівників, педагогів з формування у пацієнтів, які курять, бажання отримати консультацію лікаря з припинення тютюнокуріння.

У досить багатокомпонентному дослідженні не були висвітлені питання про кількість та частоту консультацій пацієнтів, які є важливими показниками роботи лікаря і потребують додаткового вивчення. Це може стати предметом нашого подальшого дослідження.

У перспективі для поглиблення опрацювання теми важливо проаналізувати висвітлення статусу тютюнокуріння пацієнтів безпосередньо у первинних медичних документах (амбулаторних медичних картках, історіях хвороб).

### Список літератури

1. Александров А.А., Шальнова С.А., Деев А.Д. и др. Врачу, исцелися сам: распространенность курения среди врачей г. Москвы // *Вопр. наркол.* 2001. – № 3 – С. 67 – 71.
2. Лукьянова Е. А. Медицинская статистика: Учеб. пособие. – М.: РУДН, 2002. – 255 с.
3. Смирнова И. П., Кваша Е. А. Табакокурение в Украине // *Доктор* – 2001. – № 2 (6). – С. 69 – 75.
4. Breslau N., Johnson E. O., Hiripi E., Kessler R. Nicotine Dependence in the United States // *Archives of General Psychiatry* – 2001. – Vol. 58. – P. 810 – 816.
5. Danis P. C., Seaton T. L. *Helping Your Patients to Quit Smoking* // *American Family Physician*. – 1997. – Vol. 55, № 4. – P.1207 – 1214.
6. Esen A., Celik P., Yorgancioglu A., Sen F.S., Yagiz D. J. Attitudes of Turkish physicians towards cigarette smoking / *Subst. Use*. – 1999. – Vol. 4, № 3. – P. 128 – 132.
7. Grossman D. W., Knox J.J., Nash C., Jimenez J. G. Smoking: Attudes of Costa Rican physician and opportunities for intervention. – *Bull. WHO*. – 1999. – Vol. 77, № 4. – P. 315 – 322.
8. Mackay J., Eriksen M. *The Tobacco Atlas*. – 2002. WHO, Geneva – 128 p.
9. McEwen A., Akotia N., West R. General practitioners' views on the English national smoking cessation guidelines // *Addiction*. – 2001. – Vol. 96, № 7. – P. 997 – 1000.
10. McEwen A., West R. Smoking cessation activities by general practitioners and practice nurses // *Tobacco Control* – 2001. – Vol.10, № 1 – P. 27 – 32.
11. Noble M., Stable E.P., Casal E.R. El comportamiento medico en relacion al tabaquismo // *Bol. Acad. Nac. med. Buenos Aires*. – 1996. – Vol. 74, № 2. – P. 413 – 425.

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ ВРАЧЕЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ В УСЛОВИЯХ БОЛЬШОГО ГОРОДА

О. А. Стойка (Киев)

Исследовалась эффективность работы 310 врачей разных специальностей по профилактике табакокурения среди пациентов в г. Киеве. Показаны уровень знаний врачей о данной проблеме и отношение к ней, проанализирована их активность в вопросах выявления и консультации курильщиков в сравнении с зарубежными коллегами. Отмечено недостаточное качество этой работы. Обозначены направления дальнейших исследований.

### EFFICIENCY OF TOBACCO SMOKE PREVENTION IN CONDITIONS OF A LARGE CITY

O. A. Stoika (Kiev)

The efficiency of work of 310 doctors of various specialties in Kiev in tobacco smoke prevention among patients was analysed. The level of knowledge of doctors in the problem concerned and their attitude to this problem were estimated as well as their activity in identification of smokers and their consultations for smokers in comparison with their foreign colleagues. The insufficiency of this work is underlined and there are outlined directions to further research.

УДК 616-082-057.36:001.8(049)

І.Ф. МАРКОВИЧ

## МЕДИКО-СОЦІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ФАКТОРІВ СПОСОБУ ЖИТТЯ, ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ТА ОСОБИСТОГО ВІДНОШЕННЯ ДО МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІВНІЧНОГО ОПЕРАТИВНОГО КОМАНДУВАННЯ

Українська військово-медична академія

Прагнення до побудови Збройних Сил України (ЗСУ) зразка 2010 року враховує стратегічні та геополітичні напрямки розвитку армій країн Євросоюзу. Це вимагає оптимізації чисельності ЗСУ та переходу до комплектування на професійній основі. А відтак, посилюються вимоги до стану здоров'я військовослужбовців та медичної служби як системи, що покликана зберігати та покращувати його. З появою нових вимог до армії України виникла нагальна потреба в удосконаленні й медичної служби ЗСУ. Одним із напрямків цієї роботи повинна стати оптимізація медичної допомоги військовослужбовцям.

У доступній літературі недостатньо висвітлені чинники, які формують і визначають потребу в амбулаторно-поліклінічній і стаціонарній допомозі військовослужбовців в сучасних умовах. Для вивчення цих чинників доцільно використовувати методи соціологічного опитування. [7].

Метою нашого дослідження було виявити вплив способу життя на формування здоров'я військовослужбовців та ставлення їх до системи надання медичної допомоги, у тому числі амбулаторно-поліклінічної (АПД) та стаціонарної. У військових частинах Житомирського гарнізону нами проведено анкетування військовослужбовців та працівників ЗСУ за допомогою методу анонімного опитування.

Підготовлена для проведення соціологічного дослідження анкета містить 42 питання, які стосуються факторів способу життя, професійної діяльності військовослужбовців, та відображає їх особисту думку про надання АПД і ефективність її функціонування.

Анкетним опитуванням було охоплено 645 осіб, з них 320 осіб (49,6%) – військовослужбовці строкової служби та 325 осіб (50,4%) – офіцери Збройних Сил України, військовослужбовці за контрактом та працівники ЗСУ.

Соціально-побутові умови та спосіб життя військовослужбовців строкової служби є типовими для організованих колективів та відповідають статутним вимогам ЗСУ, тому вони не розглядаються в першій частині анкети, яка стосується тільки офіцерів, військовослужбовців за контрактом та працівників ЗСУ[1].

Серед анкетованих офіцери становили 35,7%, військовослужбовці за контрактом – 42,2%, працівники Збройних Сил України – 22,2%.

Аналізуючи розподіл за віком анкетованих, ми з'ясували, що серед вказаної категорії осіб офіцерів та військовослужбовців за контрактом переважають особи у віковій групі від 20 до 30 років: військовослужбовці за контрактом – 83,9%, офіцери – 56,0%; а серед працівників ЗСУ переважають особи вікової групи від 41 року і старше – 47,2%. Вікова група від 31 до 40 років серед офіцерів становить 38,8%, військовослужбовців за контрактом – 12,4%, працівників ЗСУ – 31,9%. На вікову групу від 41 року і старше серед офіцерів припадає 5,2%, на військовослужбовців за контрактом лише – 3,6%. Найнижча частина працівників ЗСУ (20,8%) у віковій групі від 20 до 30 років. В загальній сумі розподілу анкетованих на вікові групи переважає від 20 до 30 років – 60%, група від 31 до 40 років – 26,2%, від 41 року і старше – 13,8%. (табл. 1).

При розподілі анкетованих за стажем роботи було отримано наступні дані: в категорії офіцерів найбільше значення має група зі стажем роботи від 6 до 10 років (44,8%), від 11–20 років – 37,1%. Стаж роботи до 5 років мали 13,8%, від 21 року і більше – 4,3%. В категорії військовослужбовців за контрактом переважає група зі стажем до 5 років, яка становить 78,1%, від 6 до 10 років – 11,7%, від 11-20 років – 7,3%, від 21 року і більше – 2,9%. В категорії працівників ЗСУ показники всіх груп за стажем мають майже рівні значення.

Таблиця 1. Розподіл анкетованих за віком та категорією військовослужбовців

Вік у роках	Офіцери		Військово-службовці за контрактом		Працівники ЗСУ		Всього	
	Абс.чис.	%	Абс.чис.	%	Абс.чис.	%	Абс.чис.	%
20-30	65	56,0	105	83,9	15	20,8	195	60,0
31-40	45	38,8	17	12,4	23	31,9	85	26,2
40 і старше	6	5,2	5	3,6	34	47,2	45	13,8
Всього	116	100,0	137	100,0	72	100,0	325	100,0

ня: до 5 років 27,8%, від 6 до 10 років – 19,4%, від 11-20 років – 31,9%, від 21 року і більше – 20,8%. В загальному розподілі за стажем найбі-

льше значення має група до 5 років – 44,0%, від 6 до 10 років – 25,2%, від 11-20 років – 23,4%, від 21 року і більше – 7,4% (табл. 2).

Таблиця 2. Розподіл анкетованих за стажем роботи у роках та категорією військовослужбовців

Стаж у роках	Офіцери		Військово-службовці за контрактом		Працівники ЗСУ		Всього	
	Абс.чис.	%	Абс.чис.	%	Абс.чис.	%	Абс.чис.	%
до 5	16	13,8	107	78,1	20	27,8	143	44,0
від 6 до 10	52	44,8	16	11,7	14	19,4	82	25,2
від 11 до 20	43	37,1	10	7,3	23	31,9	76	23,4
21 і більше	5	4,3	4	2,9	15	20,8	24	7,4
Всього	116	100,0	137	100,0	72	100,0	325	100

Вивчення умов праці за показниками присутності шкідливих факторів професійної діяльності показало, що 13,6% військовослужбовців усього досліджуваного контингенту знаходяться під дією шкідливих факторів (хімічних – 32,6%, фізичних – 49,4%, інших – 18,0%) під час виконання своїх професійних обов'язків.

Нами було встановлено, що більше половини анкетованих (51,7%) мають власну житлову площу, 15,5% – проживає в гуртожитку, 29,5% – користуються послугами піднайму житла.

Встановлено також, що на площі, де на одного члена сім'ї припадає до 9м<sup>2</sup>, проживає 50,2% респондентів, від 10 до 20м<sup>2</sup> – 38,8% анкетованих, і лише 10,5% опитаних мають житлову площу від 21 до 35м<sup>2</sup> на одного члена сім'ї, що є санітарною нормою розквартирування [8]. ЗС України нараховують понад 55 тисяч безквартирних військовослужбовців кадрового складу [5]. Низький рівень задоволення однієї з базових потреб людини не може негативно не впливати на стан її здоров'я.

Середній прибуток на одного члена сім'ї в місяць становить до 90 грн у 7,4% опитаних (при прожитковому мінімумі в Україні – 185 грн), від 90 до 150 – 17,5%, від 151 до 200 – 16,9%, від 201 до 300 – 26,8%, більше 300 грн – 31,1%, при цьому значна частка останнього показника припадає на неодружених (44,6%)[2].

Однією з умов здорового способу життя є регулярне та повноцінне харчування. Триразове повноцінне харчування мають 63,4% респондентів,

дворазове – 27,7%, нерегулярне харчування відмітили 8,9% опитаних.

При вивченні стану фізичної активності встановлено, що 27,1% респондентів займаються фізкультурою та спортом щодня, 54,8% – 1–2 рази на тиждень, 18,2% не займаються взагалі. Крім того, 64,5% респондентів віддають перевагу активному виду дозвілля (спортивні ігри, турпоходи тощо), а 35,4% – пасивному (перегляд телепередач, відвідування театрів та інше).

Дослідження наявності шкідливих звичок показало, що 61,2% опитаних вживають алкогольні напої, причому 47,5% з них один раз на тиждень, 20,2% до чотирьох разів на тиждень, і лише 38,8% не вживають алкогольних напоїв зовсім. Для порівняння можна навести результати дослідження росіян: 33,7% дорослого населення чоловічої статі вживають алкогольні напої один раз на місяць, 33,2% – у вихідні та святкові дні, 13,7% – практично кожен день, 19,5% – зовсім не вживають [4].

За даними ВООЗ, в країнах, що розвиваються, відсоток курців чоловічої статі коливається від 40 до 60%, в розвинутих країнах – від 30 до 40% [6]. Наше анкетування показало, що 63,9% опитаних курять цигарки, 36,1% – негативно ставляться до згубної звички. Ці дані практично збігаються з отриманими в Росії, де тютюнокуріння властиве 57,9% дорослого населення чоловічої статі [3].

Встановлено, що за медичною допомогою 1 раз на рік звертаються 57,0% респондентів, до

4 разів – 20,8%, більше 4 разів – 8,0%, не звертаються взагалі – 14,2%.

У структурі захворювань, які були виявлені під час служби (роботи) серед опитаних, перше місце посідають хвороби органів травлення – 42,5%. Друге місце займають хвороби опорно-рухового апарату – 19,9%, третє – хвороби шкіри та підшкірної клітковини – 16,5%, на четвертому місці з показником 9,3% стоять хвороби системи кровообігу, захворювання нервової системи з показником 7,1% на 5 місці (рис.).

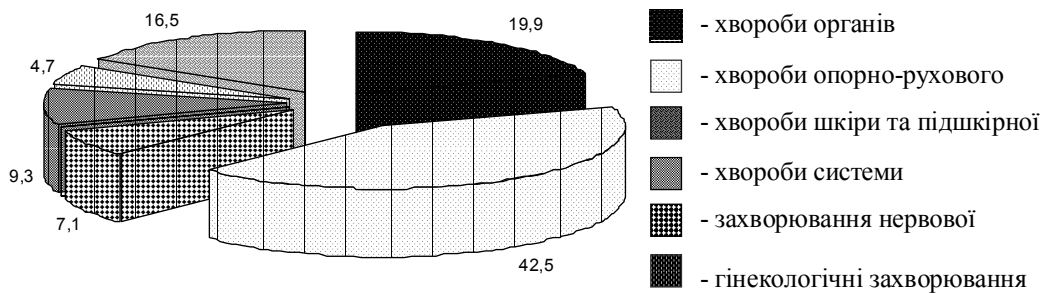


Рис. Структура захворюваності проанкетованих військовослужбовців

лікуванню в денному стаціонарі, 29,4% – лікуванню в стаціонарі госпіталю. На нашу думку, це пояснюється високим відсотком (41,7%) незадоволених якістю надання медичної допомоги. Серед причин незадоволення вагоме місце займає, на думку респондентів, неповне лікування (43,7%), неповне обстеження (30,3%), несвоєчасне встановлення діагнозу (19,5%), несвоєчасне лікування (10,3%), 9,6% припадає на високу вартість лікування, відсутність коштів та інше.

На питання щодо доступності амбулаторно-поліклінічної допомоги позитивну відповідь дали 76,4% респондентів. З тих, хто вказав на недоступність АПД, велику чергу до лікаря вказали 29,1%, відсутність спеціаліста – 47,1%, віддаленість частини від медичного закладу – 12,2%, відсутність ліків, медичного обладнання – 11,6% респондентів.

Таким чином, до лікаря своєї військової частини звертається за медичною допомогою лише 62,9% респондентів, до лікарів терапевтичного профілю поліклініки – 9,3%, хірургічного профілю – 3,5%, до лікарів цивільних медичних закладів за місцем проживання – 24,3%.

Незадоволення існуючою системою АПД вплинуло на думку щодо необхідності її оптимізації. Так, наприклад, 74,3% респондентів схвалюють введення в систему військової охорони здоров'я посади лікаря загальної практики/сімейного лікаря (найзручнішою формою амбулаторно-поліклінічної допомоги для респондентів є практика сімейного лікаря – 35,5% та практика стаціо-

Найчастіше лікарська допомога надавалась військовослужбовцям та працівникам ЗСУ в амбулаторії медичного пункту частини – 47,9%. У поліклініці госпіталю отримували допомогу 20,5%, в цивільних медичних закладах – 11,5%, в стаціонарі госпіталю – 10,7%, в окремому медичному батальйоні – 9,5%.

Привертає до себе увагу відповідь на питання про найбільш оптимальний вид стаціонарного лікування: 45,6% респондентів віддали перевагу лікуванню в стаціонарі на дому, 25,0% –

нару на дому – 34,1%); 16,3% анкетованих утрималося від відповіді, і лише 9,5% не схвалюють нововведення.

Проведений кореляційно-регресійний аналіз дозволив встановити тісний зв'язок між класами хвороб та факторами способу життя військовослужбовців з найнижчим ступенем зв'язку  $r = 0.49669$  (0.5) (курінням та хворобами системи кровообігу), та найвищим:  $r = 0.97143$  (~1) (вживанням алкогольних напоїв та хворобами органів травлення).

Підсумовуючи дані соціологічного опитування військовослужбовців та працівників ЗСУ, можна зробити висновок, що більша частина респондентів не веде здорового способу життя, має незадовільні соціально-побутові умови, які в поєднанні з чинниками професійної діяльності та станом навколишнього середовища суттєво впливають на стан їхнього професійного здоров'я. Дані особистого ставлення вказаної категорії осіб до надання їм медичної допомоги на відповідних рівнях медичних закладів свідчать, що перед медичною службою ЗСУ постала гостра проблема необхідності переорієнтації в наданні медичної допомоги зі стаціонарного лікування на АПД (денний стаціонар та стаціонар на дому), що зрештою призведе до заощадження людських та матеріальних ресурсів медичної служби ЗС України.

Усвідомлення ведення здорового способу життя, а також забезпечення потреби військовослужбовців в якісній, доступній та ефективній

системі медико-профілактичного забезпечення, ний стан здоров'я військовослужбовців, що дозволить зберегти та підтримувати задовільно- зитивно вплине на їх боєздатність.

### Список літератури

1. *Військові статuti Збройних Сил України*. – К.: Військове видавництво України “Варта”, 2000. – 82 с.
2. *Закон України від 28 листопада 2002 р. №247-IV // Відом. Верховної Ради*. – №3, 17 січ. 2003 р.
3. *Курение и здоровье (Материалы МАИР): Пер. с англ. / Под ред. Д.Г.Заридзе, Р. Пето*. – М.: Медицина, 1998. – 97 с.
4. *Максимова Т.М. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения работников здравоохранения / Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины*. – 2000. – №3. – С.14 – 19.
5. *Маркевич А. Квартира у наступному столітті?// Народна армія*, 7 кв. 2001 р.
6. *Оценка анитабачной деятельности: Опыт и руководящие принципы*. – Женева: ВОЗ, 1999 – 2 с.
7. *Паніна Н.В. Проект і програма емпіричного дослідження // Технологія соціологічного дослідження*. – К.: Наукова думка, 1996. – С.11-32.
8. *СНиП 1-Л.1-71 “Жилые здания”*.

### **МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ ОБРАЗА ЖИЗНИ, ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЛИЧНОГО ОТНОШЕНИЯ К МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СЕВЕРНОГО ОПЕРАТИВНОГО КОМАНДОВАНИЯ**

И.Ф. Маркович (*Киев*)

Представлены результаты медико-социологического исследования факторов образа жизни и профессиональной деятельности военнослужащих всех категорий. Выявлено влияние имеющихся факторов на формирование здоровья, а также личное отношение военнослужащих к системе оказания им медицинской помощи, в том числе амбулаторно-поликлинической и стационарной.

Учитывая, что влияние образа жизни на состояние здоровья чрезвычайно велико, полученные данные медико-социологического исследования можно считать объективными.

### **MEDICO-SOCIOLOGICAL STUDIES OF LIFESTYLE FACTORS, PROFESSIONAL ACTIVITY AND PERSONAL ATTITUDE OF MILITARY MEN OF THE NORTHERN OPERATIVE HEADQUARTERS TO MEDICAL AID**

I.F. Markovich (*Kiev*)

The results of medico-sociological studies of lifestyle factors and professional activity of military men of all categories are submitted. The influence of available factors on formation of health as well as personal attitude of military men to the system of rendering them medical aid, including in out-patient departments, are revealed.

Taking into account that the effect of a way of life on the state of health is extremely high the obtained data of medico-sociological studies can be considered as the objective evidence.



Я.Ф. РАДИШ (Київ)

## СЛАВА І ГОРДІСТЬ КИЇВСЬКОГО ВІЙСЬКОВОГО ШПИТАЛЮ (до 250-річчя від дня заснування)

Київський військовий шпиталь, що заснований майже 250 років тому, на сьогодні – один із найавторитетніших лікувально-профілактичних закладів України.

У стінах нашого шпиталю виховані або починали свою трудову, наукову і педагогічну діяльність знані та шановані як в нашій державі, так і далеко за її межами, корифеї медичної науки, фундатори цілих наукових шкіл і напрямків. Так, у різний час тут працювали Р.Р. Вреден, В.П. Образцов, Ф.Т. Яновський, М.Д. Стражеско, Б.М. Маньковський, О.І. Кримов, Д.К. Заболотний, О.О. Чайка та багато-багато інших лікарів-новаторів, імена яких сьогодні широко відомі медичній громадськості [2, 6].

Є, правда, в історії Київського військового шпиталю і сторінки, які до цього часу ще мало відомі нашим співвітчизникам. З метою знайомства лікарів з біографіями двох українських вчених, трудова діяльність яких пов'язана з Київським військовим госпіталем, і підготовлена дана публікація.

У 2002 р. виповнилося 120 років від дня народження колишнього фельдшера відділення для хворих психо-неврологічного профілю Київського військового госпіталю Івана Огієнка та 146 років від дня народження колишнього головного хірурга цього ж шпиталю Мартирія Галина.

Наша розповідь саме про них.

### Митрополит Іларіон

Сучасники називали Івана Івановича Огієнка людиною енциклопедичних знань, праці та обов'язку. Свій природжений хист ученого, державного, громадського, церковного і культурного діяча він однаковою мірою успішно застосовував і як мовознавець та літературознавець, і як редактор та видавець, і як перекладач та поет, і як ректор та міністр, і як митрополит та історик української церкви.

Але далеко не всім відомо, що першим навчальним закладом, який закінчив майбутній славетний український вчений, була Київська військово-фельдшерська школа. А першою установою, де почав працювати майбутній митрополит Іларіон, був Київський військовий шпиталь.

Дитячі та юнацькі роки Івана Огієнка пройшли на Житомирщині. Народився він 2 (15 січня) 1882 року в містечку Брусиліві Радомишльського району Київської губернії (тепер районний центр Житомирської області) у бідній селянській родині Івана та Єфросинії Огієнків. Батько походив з давнього козацького роду, коріння якого сягають Полтавщини. Його предок козак Максим Огієнко в часи Коліївщини став одним з організаторів Кліщинського повстання.

В Івана Огієнка змалку проявився потяг до знань. У 1896 році, закінчивши початкову чотирирічну школу, він пішки йде до Києва (75 верст!) з наміром вступити до військово-фельдшерської школи. Вибір майбутнього місця навчання, як стверджує дослідник життя і творчості І.І. Огієнка кандидат філологічних наук доцент М. Тимошик, – був зумовлений тим, що навчання у цій школі було безкоштовним.

Київський період свого життя Іван Огієнко розпочав з інтенсивної самоосвіти. Він читає багато книг з історичної та літературознавчої тематики, продовжує писати вірші російською мовою. Огієнко був допитливим, “цікавився літературою, виявляв особливий інтерес до історії, ретельно вивчав пам'ятки старовини, мови. ...Без перебільшення можна сказати, що він мав неперевершений талант до мов, уже тоді блискуче володів словом (в усній і писемній формах)” [3]. За зароблені під час наймитування в рідному селі кошти, юнак передплачує часопис “Сельский вестник”. Саме в цьому журналі понад 105 років тому, в липні 1897 р. з'явилася стаття “Містечко Брусилів. Як живуть крест'яне”. Її автором був 15-літній учень Київської військово-фельдшерської школи Іван Огієнко.

У 1900 р., по завершенні повного чотирирічного фельдшерського курсу, Іван Огієнко за направленням комісії приступає до служби фельдшером відділення для хворих психо-неврологічного профілю Київського військового шпиталю.

У травні 1903 р. він успішно складає іспит зрілості (матуру) при Острозькій класичній гімназії, що на Волині, і дістає відповідне свідоцтво. Це давало йому право вступати до універси-

тету св. Володимира. Але дозвіл на дострокове звільнення (По завершенні навчання у військово-фельдшерській школі, її випускники були зобов'язані відпрацювати в лікарні впродовж шести років – **М. Тимошик**) з військової служби він отримує з умовою, що вибір свій зупинить не на історико-філологічному факультеті, про який мріяв, а на медичному.

Роки навчання І. Огієнка в Київському університеті (1903 – 1909 рр.) припадають на той період українського національно-визвольного руху, який, за словами С. Петлюри, відзначався стійкою тенденцією до посилення української ідеї в широких масах населення України, зміцнення його творчих сил, активнішого впровадження національної роботи, незважаючи на посилення репресивних заходів царського уряду [5, 8]. Але саме ці роки були дуже важкими як в матеріальному, так і в моральному плані для майбутнього вченого. Після першого курсу він був звільнений з університету через несплату за навчання. Щоб якось забезпечити свою сім'ю (у 1907 р. він одружується з учителькою з Брусиліва Домінікою Литвинчук) і бездомну матір, І. Огієнко був змушений постійно підробляти. Але попри всі негаразди, Огієнкові після численних клопотань все-таки вдається перевестися на історико-філологічний факультет. Як зазначає С. Майборода, цьому у значній мірі сприяли “нестримна жадоба знань, наполегливість, цілеспрямованість і неабияка сила волі. ...В університеті молодий Огієнко опановує дві класичні мови: латинську й грецьку, “що надзвичайно прислужилося йому через тридцять років, коли приступив до монументальної праці – перекладу Біблії з давніх мов на українську” [3]. Невдовзі Іван Огієнко стає одним із найздібніших студентів історико-філологічного факультету, заслужено виборює Кирило-Мефодіївську стипендію, в 1909 р. з відзнакою закінчує повний університетський курс і завершує кандидатську дисертацію на тему: “Ключ розуміння Іоанікія Галятовського”. Досвідчені викладачі факультету А. Лобода, В. Перетц та М. Петров рекомендують І. Огієнка на одержання професорської стипендії в університеті. Але ректорат в цьому відмовляє без пояснення причин. “А причини ясніші ясного: надто патріотичний цей Огієнко, забагато любить Україну, після 1905 року розмовляє тільки українською і статті пише тільки до україномовних київських та львівських часописів” [3].

В наступні десять років (1909 – 1919 рр.) І. Огієнко “...вчителює в Київській комерційній школі, закінчує Вищі педагогічні курси (1912 р.) і переходить на роботу магістром, а потім приват-доцентом кафедри російської мови і мовознавства Київського державного українського

університету, з 1 липня 1918 р. – ректором Кам'янець-Подільського державного університету, з січня 1919 р. – міністром народної освіти, а з 26 квітня 1919 р. – міністром ісповідань (віросповідань)” [3].

На завершення короткого знайомства з біографією видатного українського вченого Івана Івановича Огієнка, (помер він 29 березня 1972 р. у Вінніпезі (Канада, де і похований), наведемо тільки дві цитати з його праць. Перша з них взята із “Книги нашого буття на чужині”: “Українська історія, – це вона одна оживляє нас, українців, і дає нам цілющу силу прямувати до тієї Правди, якої ми прагнемо всі. Це вона воскрешає український народ...” [4].

В якості другої цитати наведемо десять найголовніших мовних заповідей свідомого громадянина, автором яких є І. Огієнко, а самі заповіді “...залишаються актуальними й для нас” [3]:

1. Мова – то серце народу: гине мова – гине народ.

2. Хто цурається рідної мови, той у саме серце вражає свій народ.

3. Літературна мова – то головний рушій розвитку духовної культури народу, найміцніша основа її.

4. Уживання в літературі тільки говіркових мовних форм дуже шкодить культурному об'єднанню нації.

5. Народ, що не створив собі соборної літературної мови, не може зватися свідомою нацією.

6. Народ мусить послугуватись тільки однією літературною мовою й вимовою, тільки одним правописом.

7. Головний рідномовний обов'язок кожного свідомого громадянина – працювати для піднесення культури своєї літературної мови.

8. Стан літературної мови – то ступінь культурного розвитку народу.

9. Як про духовну зрілість окремої особи, так і про зрілість цілого народу судять найперше з культури його літературної мови.

10. Кожний свідомий громадянин має практично знати свою соборну літературну мову й вимову та свій соборний правопис, а також знати й виконувати рідномовні обов'язки свого народу, тобто дбати про збереження його мовних традицій, повноцінне функціонування рідного слова.

#### **Генерал-хорунжий санітарної служби Української Армії**

Мартирій Галин народився 1856 р., на початку ХХ ст. працював головним хірургом Київського військового шпиталю. Саме він був одним із засновників і найбільш активних членів Українського Наукового Товариства у Києві (1907 р.), а з

1908 р. – головою природничо-лікарської секції цього товариства.

Як стверджують Павло Пундій та Ярослав Ганіткевич [7] – відомі дослідники діяльності тих українських лікарів, правда про яких довгий час замовчувалася, до числа яких відносяться і Мартирій Галин, останній був одним з перших, хто опрацював українську медичну термінологію. У часи відновлення української державності він був генерал-хорунжим санітарної служби Української Армії, керував термінологічною комісією Міністерства народного здоров'я Української Народної Республіки (УНР). М. Галин підготував і видав у 1920 р. перший “Російсько-український медичний словник” (про його непересічну наукову цінність щодо власне українського медичного термінологічного ма-

теріалу свідчить перевидання цього словника в наш час (1995 р.) Інститутом української мови НАН України) та “Медичний латинсько-український словник”, виданий вже в еміграції, в Празі в 1926 р. і перевиданий 1969 р. в Детройті (США) [1].

З 1920 р. Мартирій Галин – в еміграції, живе і працює в Бессарабії. Свої наукові праці він друкував у виданнях Українського наукового інституту в Берліні, у збірниках “За державність”. Серед його наукових робіт військово-медичного спрямування відзначимо одну – “Спостереження й враження військового лікаря з часів великої війни й революції (Спомини)”, яка впродовж 1934-1937 рр. друкувалася у видавництві Українського воєнно-історичного товариства у Польщі. Помер М. Галин 1943 р. [7].

### Список літератури

1. Від редакції / Укр. мед. вісті, 1997, ч. 1 (56), квітень-червень, 3 с.
2. Киевский окружной военный госпиталь/ Сборник научных трудов №5 (юбилейный). – К., 1955. – 265 с.
3. Майборода С. В. Державне управління вищою освітою в Україні: структура, функції, тенденції розвитку (1917-1959 рр.): Моногр. – К.: Вид-во УАДУ, 2000. – С. 104 – 111.
4. Митрополит Іларіон “Книга нашого буття на чужині” // Пам'ять століть, – 1997. – №1. – С. 89-94.
5. Петлюра С. О переоценке // Украинская жизнь. – 1913. – №1. – 13 с.
6. Полторацкий Р.П. Киевский военный госпиталь (страницы истории). – К., 1994. – 99 с.
7. Пундій П. Українські лікарі: Біобібліографічний довідник. Кн. 1. “Естафета поколінь національного відродження”. – Львів-Чикаго: НТШ у Львові, 1994. – С. 53-54.
8. Тимошик М. Весь вік, весь труд віддав Україні // Пам'ять століть. – 1997. – №1. – С. 70-86.

### ПРОБЛЕМА РИЗИКУ ПРИЙНЯТТЯ ПОМИЛКОВИХ РІШЕНЬ В УПРАВЛІННІ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Українська військово-медична академія

Проблема вивчення ризику прийняття помилкових рішень під час планування та в процесі управління у військовій та цивільній системах охорони здоров'я (надалі системи охорони здоров'я) набула неабиякої ваги у зв'язку із зростанням соціальної та економічної відповідальності їх керівників [1–5].

Забезпечення стабільного функціонування будь-якої системи без створення ефективного управління неможливе. Ефективне управління має на меті оптимальне поєднання двох головних завдань:

1. Забезпечення стабільної роботи системи у найближчому періоді.

2. Обґрунтоване планування діяльності на найближчу та подальшу (тактичну і стратегічну) перспективу розвитку.

Успішне виконання цих завдань ускладнюється відсутністю своєчасного урахування факторів ризику прийняття помилкових рішень (надалі ризик) при здійсненні планування та в процесі прийняття управлінських рішень в системах охорони здоров'я [2–4, 6].

Теоретичні розробки щодо вивчення ризику здійснюються давно (левова частка їх припадає на економіку та маркетинг). На сьогодні у ряді країн розроблено ефективні методики оцінки та управління ризиком, які успішно використовуються у практиці управління системами охорони здоров'я на всіх рівнях [7, 8]. В Україні теоретичні розробки стосовно оцінки та управління ризиком є прерогативою економічної науки, екології та медицини (переважно гігієни праці) [9–15]. В соціальній медицині ми зустрічаємось здебільшого лише із констатацією впливу факторів ризику на стан здоров'я [16]. Поряд з тим, її складовими є також управління системою охорони здоров'я, ефективне здійснення якої без вивчення, аналізу та управління ризиком неможливе (принаймні на сьогодні). Існуючі методи вивчення ризику в соціальній медицині та у менеджменті охорони здоров'я виконують лише оцінюючу функцію (при цьому вони надзвичайно громіздкі,

тому на практиці майже не застосовуються), поряд з цим відсутні рекомендації щодо управління встановленим ризиком тощо [6, 16]. Вищезазначене дозволяє стверджувати, що проблема вивчення ризику прийняття помилкових рішень в соціальній медицині і менеджменті охорони здоров'я потребує "осучаснення", яке повинно базуватись на єдиному медичному, економічному та соціальному розумінні цього процесу. Основна мета даної роботи полягає у визначенні місця методів вивчення, оцінки та управління ризиком прийняття помилкового рішення при плануванні та в процесі прийняття управлінських рішень в системах охорони здоров'я.

Розпочинаючи дискусію доцільно зазначити, що на сьогодні немає єдиного розуміння сутності ризику в системі управління охороною здоров'я України. Це зокрема полягає у багатоаспектності даного явища та повному ігноруванні його нашим медичним законодавством при здійсненні управління системами охорони здоров'я.

Ризик являє собою специфічну діяльність в умовах невизначеності ситуації і обов'язкового вибору рішення, ризик – це єдність суб'єктивних і об'єктивних факторів. Він завжди пов'язаний з вибором альтернативних рішень (планів) і розрахунком імовірності їх результату, у цьому виявляється його суб'єктивність. Величина ризику не тільки суб'єктивна, але й об'єктивна, оскільки вона є формою якісно-кількісного відображення реально існуючої невизначеності управлінської ситуації [14, 17–21].

Головною проблемою наукового визначення поняття "ризик" в управлінні охороною здоров'я є її комплексний характер, що, у свою чергу, вимагає залучення широкого кола вчених (представників багатьох дисциплін). Нами розроблено понятійний апарат вивчення ризику прийняття помилкових рішень в управлінні системою охорони здоров'я на основі методики вивчення ризику через небезпеку та визначення термінів "небезпека" і "ризик", наведених ВООЗ та у літературі [14, 21–23, 26].

**Ризик-утворюючий фактор** – це об'єктивні чи суб'єктивні явища, умови, дії або управлінські рішення, які можуть призвести до небажаних для системи у просторі та часі наслідків, які перешкоджають досягненню поставленої мети (завдання).

**Небезпека (загроза)** – це подія, ситуація, процес чи потенційно можливе управлінське рішення з прогнозованими, але неконтрольованими загрозами виникнення небажаних подій у певний момент часу та в межах даної галузі, що здатні негативно вплинути на функціонування системи охорони здоров'я та її органів управління. Небезпека визначається якісними показниками.

**Ризик** – це усвідомлена небезпека прийняття управлінського рішення з певними, у просторі та часі небажаними для системи наслідками. Ризик

– показник кількісний і визначається як добуток імовірності негативної події на величину можливого збитку від неї.

Така форма визначення ризику є універсальною, тому що дозволяє об'єднати в одному показнику різномірні дані про об'єкт і суб'єкт небезпеки в процесі прийняття (планування) управлінського рішення, що надалі дає змогу отримати інтегральні оцінки ризику від необмеженого числа процесів будь-якого генезу на основі аналізу ризику, що дозволяє цілеспрямовано та ефективно здійснювати управління ризиком (risk management) та вирішувати проблеми в управлінні. Взаємозв'язок складових ризику прийняття помилкових рішень при вирішенні управлінської проблеми відбувається наступним чином (рис.).

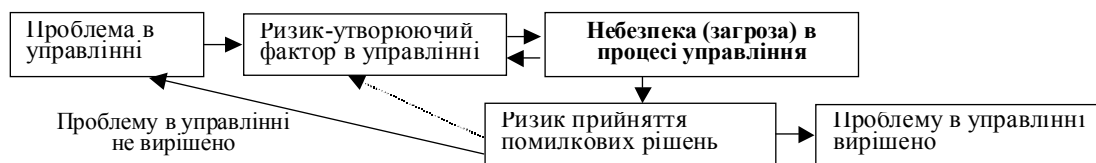


Рис. Взаємозв'язок складових ризику прийняття помилкових рішень при вирішенні проблеми в управлінні системою охорони здоров'я

При вивченні факторів ризику, які породжують проблему (критичну ситуацію), на основі використання методів системного аналізу здійснюють наступний комплекс дій: аналіз типів ризиків, джерел виникнення, загальну оцінку можливих ризиків, розробку заходів для мінімізації збитку від них тощо. Таким чином, **аналіз ризику** – це комплекс дій, що складається з ідентифікації, вивчення та аналізу механізмів небажаних наслідків, які мають значний вплив на здоров'я людей, ефективне функціонування системи охорони здоров'я та її органів управління з метою запобігання даним наслідкам або протидії їх виникненню.

Виходячи із запропонованого понятійного апарату та наведеного взаємозв'язку складових ризику, всі ризик-утворюючі фактори і ризики умовно можна розподілити на дві групи: *зовнішні та внутрішні*. До категорії *зовнішніх ризик-утворюючих факторів* віднесемо політичні, військові, соціально-економічні, науково-технічні та ін. (класифікація має макроекономічний характер). До *внутрішніх ризик-утворюючих факторів* варто віднести всі ті дії, процеси і явища, причиною яких є діяльність системи, як у сфері управління, так і в сфері виробництва послуг. Групу внутрішніх факторів, на нашу думку, складають: плановірність, цілеспрямованість та науковий підхід у діяльності керівництва і відповідних служб системи з розробки ефективної стра-

тегії її функціонування та розвитку, рівень освіти, цілеспрямованість і активність персоналу тощо.

Під час аналізу напрямків теоретичних досліджень в сфері управління ризиком (на основі вивчення ризик-утворюючих факторів та небезпеки) в економіці, маркетингу, які успішно можна застосувати в процесі управління охороною здоров'я, ми дійшли висновку, що деяким проблемам приділяється недостатня увага [9–13, 18]. **Перша проблема** полягає в тому, що не виділяється факт наявності цілого ряду ризик-утворюючих факторів, які іноді здійснюють взаємовиключний вплив на динаміку відразу декількох видів ризиків. **Друга проблема** полягає у представленні ризик-утворюючих факторів лише як факторів прямого впливу на конкретні види ризиків, а на нашу думку, є можливість діалектичного переходу самого ризику в категорію ризик-утворюючого фактора, що вимагає розуміння ризик-утворюючих факторів як факторів прямого, так і опосередкованого впливу. Отже, проаналізувавши ризик-утворюючі фактори, ми отримаємо дані, які дадуть змогу розробити і впровадити цілеспрямовані заходи щодо попередження та управління ризиком при керуванні у системах охорони здоров'я.

Під час аналізу ризику ми отримуємо можливість здійснити класифікацію за ступенем впливу на нього системи охорони здоров'я та орга-



нів управління: *об'єктивні фактори* – чинники, на які система не може впливати; *суб'єктивні фактори* можуть регулюватись системою.

Визначивши як об'єкт аналізу ризику системи охорони здоров'я, фактори ризику суб'єкта управлінської діяльності, залежно від сфери їх виникнення, поділяємо на *зовнішні* і *внутрішні*. До *зовнішніх* належать фактори, зумовлені причинами, не пов'язаними безпосередньо з діяльністю. *Внутрішніми* факторами ризику є фактори, поява яких зумовлюється діяльністю самої системи. Прикладний аналіз зовнішніх для даної системи факторів ризику доцільно здійснювати в контексті загального опису її функціонування.

На основі наведеного аналізу *зовнішні фактори ризику* узагальнено можна розподілити на політичні, військові, соціально-економічні, науково-технічні тощо.

*Внутрішні фактори ризику* виникають безпосередньо у сфері практичної діяльності системи (виробничої і невиробничої). У роботі ми розглянемо лише *внутрішні фактори ризику* планування та управлінської діяльності, які можна класифікувати за рівнем прийняття рішень. Рішення, прийняті керівництвом системами, належать до одного з трьох рівнів – стратегічного (головні напрямки діяльності та планування на період 2–5 років), тактичного (функціонування та планування на період 1 рік) та оперативного (щоденне функціонування та планування на період 3 місяці, 1 місяць та менше) [2]. Фактори ризику природно поділяються, орієнтуючись на цю стратифікацію рішень. На будь-якому рівні керівництва системою (чи організації планування її роботи), на нашу думку, найбільш важливими факторами ризику є наступні: організаційно-плановий, людський, технічний, технологічний та результативний.

При здійсненні керівництва (планування) на стратегічному та тактичному рівнях окремо ми виділяємо *організаційно-плановий* фактор ризику та його складові: помилковий вибір чи неадекватне формулювання цілей системи; хибна оцінка стратегічного (тактичного) потенціалу системи, помилковий прогноз розвитку головної та допоміжних галузей системи на тривалу та найближчу перспективу тощо. Саме складові *організаційно-планового* фактора на стратегічному та тактичному рівнях не дозволяють вирішити головні завдання системи – забезпечити стабільну роботу у найближчому (оперативному) періоді, і стають причиною неадекватного функціонування та необґрунтованого планування діяльності на найближчу та подальшу (тактичну і стратегічну) перспективи розвитку. З огляду на обмежений обсяг статті ми не будемо зупинятись на людському, технічному та технологічному факторах ризику.

Розглянемо результативний фактор, який, на нашу думку, є показником ефективності функціонування системи та характеристикою ступеня управління ризиком прийняття помилкових рішень; він дозволяє зробити висновок щодо вирішення проблеми управління та одержання запланованого результату (досягнення мети). При плануванні на перспективу завжди залишається імовірність не досягнути визначеної мети, не одержати запланований результат або відхилитися від мети, тобто можливість розбіжності фактично отриманого результату з наміченим у момент прийняття рішень. Таку ситуацію потрібно характеризувати за допомогою категорії “господарський ризик”.

Господарський ризик в системі охорони здоров'я, на нашу думку, необхідно вивчати та оцінювати на основі **концепції прийнятного ризику** (яку висвітлено у літературі), орієнтуючи організатора охорони здоров'я на свідоме, раціональне ставлення до ризику [14, 15, 24]. Даний підхід дозволяє нам зробити наступні важливі висновки. По-перше, ризик – це не статична характеристика, а керований параметр, на рівень якого можна і, найголовніше, необхідно здійснювати вплив. По-друге, оскільки такий вплив можна здійснити лише на “визначений” ризик, то його треба аналізувати, тобто виявляти та ідентифікувати фактори ризику, оцінювати наслідки його впливу тощо. По-третє, для коректного врахування ризику в діяльності корисно виділяти “стартовий” рівень ризику, чи ризик задуму первісної ідеї проекту або варіанту стратегії, та “фінальний” рівень ризику, оцінка якого зроблена (для обраної стратегії розвитку системи управління охороною здоров'я тощо) після виконання необхідних процедур оцінки ризику і розробки комплексу заходів щодо пом'якшення чи нейтралізації наслідків дії факторів ризику. У практичній діяльності систем охорони здоров'я з урахуванням концепції прийнятного ризику рекомендується: а) приймаючи управлінські рішення враховувати можливість зниження рівня “стартового” ризику до прийнятного “фінального” рівня; б) виявляти потенційно можливі ситуації і фактори ризику, що можуть стати причиною недосягнення поставлених цілей; в) оцінювати характеристики можливих збитків, пов'язаних з небажаним розвитком подій; г) завчасно, на стадії підготовки управлінських рішень, планувати і, за потреби, здійснювати заходи щодо зменшення ризику до прийнятного рівня; г) враховувати при прийнятті рішень витрати, пов'язані з попереднім аналізом і оцінкою ризику та підготовкою заходів для досягнення прийнятного “фінального” рівня ризику.

Стратегія розвитку систем на основі концепції прийняттого ризику реалізується у вигляді комплексу взаємопов'язаних процедур з "оцінки" та "управління ризиком". Оцінка ризику діяльності систем будується на всебічному (науковому, технічному, технологічному, економічному, господарському, медичному, соціальному, військовому тощо) вивченні систем і середовища їх функціонування, аналізі зовнішніх і внутрішніх факторів ризику, прогнозування послідовності розвитку подій під час дії тих чи інших факторів, визначенні показників оцінки рівня ризику, а також встановленні механізмів і моделей взаємозв'язку показників і факторів ризику. Управління ризиком містить у собі розробку і реалізацію економічно та медично обґрунтованих для даної системи рекомендацій і заходів, спрямованих на зменшення рівня ризику до прийняттого рівня. Управління ризиком базується на результатах оцінки ризику, на даних економічного і техніко-технологічного аналізу систем та середовищ, в якому вони функціонують тощо.

З метою забезпечення ефективного функціонування систем охорони здоров'я в умовах дії різноманітних факторів ризику, в процесі управління потрібно активно використовувати методи зниження рівня ризику, які впливають на ті чи інші сторони її діяльності. Різноманіття практичних методів управління ризиком, існуючих в економіці та маркетингу, які успішно та ефективно можна використовувати в соціальній медицині та менеджменті в охороні здоров'я, ми розподілили на наступні групи: методи **відхилення, локалізації, розподілу та компенсації** ризику [11–13, 25–27].

**Метод відхилення** від ризику найбільш поширений. Цим методом користуються органи управління системи, які віддають перевагу діяти напевно, не ризикуючи. Керівники цього типу від-

мовляються від послуг ненадійних партнерів, прагнуть працювати лише з суб'єктами, які переконливо підтвердили свою надійність. **Метод локалізації** ризику використовується у випадках, коли вдається чітко і конкретно виділити й ідентифікувати джерела ризику, виділивши економічно найбільш небезпечний етап чи сферу діяльності, коли можна зробити його контрольованим і в такий спосіб знизити рівень фінального ризику системи. **Метод розподілу** ризику являє собою більш гнучкий інструмент управління. Він полягає в розподілі загального ризику шляхом об'єднання (з різним ступенем інтеграції) з іншими учасниками, зацікавленими в успіху загальної справи. Система має можливість зменшити рівень власного ризику, залучаючи до рішення загальних проблем фахівців з інших систем. До цієї ж групи методів управління ризиком належать різні варіанти диверсифікованості (які широко використовуються в економіці та маркетингу): диверсифікованість діяльності, під якою розуміють збільшення кількості застосованих чи готових до використання технологій, розширення асортименту чи спектру наданих послуг, орієнтацію на різні соціальні групи споживачів тощо; диверсифікованість ринку збуту послуг, тобто робота одночасно на декількох ринках, коли невдача на одному з них може бути компенсована успіхами на інших [9, 10, 12, 25, 27]. **Метод компенсації** ризику – це напрямок боротьби із загрозливими ситуаціями, який пов'язаний із створенням механізмів запобігання небезпеці. За різновидом впливу ці методи відносять до випереджуючих методів. Вони, як правило, більш працездатні, вимагають великої попередньої аналітичної роботи, від повноти і старанності якої залежить ефективність їх застосування. Найбільш ефективним методом цього типу є використання в діяльності системи стратегічного планування.

### Висновки

Ризик в управлінні є завжди, можна спробувати захиститись від нього до задовільного рівня, але цілком усунути його неможливо. Гнучкість управління системами охорони здоров'я (на будь-якому рівні) полягає в балансуванні між ризиком і можливим здобутком. Це балансування і є управління ризиком, тобто, **ризик – частина сутності управління**. Зміст та сутність управління системами охорони здоров'я тісно пов'язані з ризиком, тому система антиризикових заходів, на нашу думку, повинна стати невід'ємною складовою управлінської діяльності.

Матеріали, які представлено в даній статті, не претендують на всебічне та вичерпне висвітлення всіх питань щодо вивчення проблеми ризику прийняття помилкового рішення при плануванні та реалізації управлінських рішень, але автор сподівається, що дослідження матеріалів нададуть допомогу цивільним та військовим організаторам охорони здоров'я у систематизації та удосконаленні знань стосовно впливу ризику прийняття помилкових рішень на ефективність управління системами охорони здоров'я.

### Список літератури

1. Акофф Р. Искусство решения проблем. – М.: Мир, 1982. – С. 200–215.
2. Волков О.И. Экономика предприятия. – М.: Инфра-М, 1998. – 247 с.
3. Ефремов В.С. Стратегия бизнеса. – М.: Финпрес, 1998. – 312 с.
4. Журавель В.И. Основы менеджмента в системе здравоохранения К., 1994. – 336 с.
5. Журавель В.И. Резервы совершенствования процесса управления в здравоохранении / В кн.: Соц. гиг., организация здравоохран. и история медицины. – К.: Здоровье, 1989. – 18 с.
6. Измеров Н.Ф., Капцов В.А., Денисов Э.И. Проблема оценки профессионального риска в медицине // Медицина труда и пром. экология. – 1993. – № 3–4. – С.1–4.
7. Качинський А.Б. Екологічна безпека України: системний аналіз перспектив покращення. – К., 2001. – 312 с.
8. Качинський А.Б., Сердюк А.М. Методологічні основи аналізу ризику в медико-екологічних дослідженнях та його значення для екологічної безпеки України // Лікарська справа. – 1995. – № 3–4. – С. 5–15.
9. Крыштопа Б.П., Андреева И.М. Менеджер в здравоохранении. – К.: Добродій, 1995. – 180 с.
10. Макхэм К. Управленческий консалтинг. – М.: Дело и сервис, 1999. – 125 с.
11. Руководство ИСО/МЭК 2 (1982). Общие термины и определения в области стандартизации смежных видов деятельности // Сертификация продукции. – М., 1982.
12. Руководство ИСО/МЭК 51 (1990). Общие требования к изложению вопросов при подготовке стандартов // Сертификация продукции. – М., 1990.
13. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – С. 95–101.
14. Стратегия бизнеса. – М.: ЗАО "КОНСЭКО", 1998. – 189 с.
15. Уткин Э.А. Консалтинг. – М.: Тандем, 1998. – 263 с.
16. Daniel M. Kammen, David N., M. Hassenzahl // Should We Risk It? Exploring Environmental, Health, and Technological Problem Solving. – N.Y., 1999. – P. 78-101.
17. Elimination of Risk in Systems: Practical Principles for Eliminating and Reducing Risk in Complex Systems / edited by James Bradley. Academic Publishers. – 2002. – P. 101-179.
18. Fennelly L. Risk Assessment Guidelines in The Medical Corps CPO Washington, 2000. – P. 248.
19. John Lamb // Risks and Realities: A Multidisciplinary Approach to the Vulnerability of Lifelines to Natural Hazards Project Manager. Washington D.C. – 1997. – P. 27 –51.
20. Paul Splays. The Perception of Risk / Indianapolis University. – 2000. – P. 9 – 71.
21. Practical Guide to Understanding, Managing and Reviewing Risk Assessment Reports / edited by David A. Belluck and Sally L. Benjamin. Lewis Publishers. – 2001. – 352 p.
22. Programme on internationally recommended health-based permissible levels for occupational exposure to chemical agents. – WHO/CEC preparatory meeting on heavy metals, Luxemburg. –1978.
23. Risk Analysis // edited by J. L. Rubio, C. A. Brebbia, J.– Uso. London, 1998. – 250 p.
24. Risk Analysis: Foundations, Models and Methods / edited by Louis A., Cox Kluwer. Academic Publishers. – 2001. – 221 p.
25. Risk Assessment and Decision Making in Business and Industry / a Practical Guide by Glenn Koller, Toronto. – 1999. – P. 44 – 107.
26. Risk in the Modern Age: Social Theory, Science, and Environmental Decision-Making / edited by Maurie J. Cohen. Memphis University. – 1999. – P. 5-34.
27. Risk Management Field Manual №100-14 Department of the Army Washington, 1998. – P. 185.

### УЧЁТ РИСКА ПРИНЯТИЯ ОШИБОЧНЫХ РЕШЕНИЙ В УПРАВЛЕНИИ СИСТЕМОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А.С. Котуза (Киев)

Для дискуссии предлагается вопрос о необходимости учета риска принятия ошибочных решений в управлении системой здравоохранения. В Украине теоретические разработки в этом направлении являются прерогативой экономической науки, экологии и гигиены труда, в то время как эффективное управление любой системой, в том числе и здравоохранением, невозможно без изучения и анализа всех факторов риска.

Приведено определение риска принятия ошибочных решений, классификацию и методы управления риском. Сделан вывод, что разработка системы антирисковых мероприятий должна стать неотъемлемой составляющей управленческой деятельности.

## **RISK ESTIMATION IN ADOPTING MISTAKEN DECISIONS IN PUBLIC HEALTH MANAGEMENT**

A.S. Kotuza (*Kiev*)

The question on the necessity of risk estimation when adopting mistaken decisions in public health management is proposed for discussion. In Ukraine theoretical elaborations of this direction is a prerogative of economic science, ecology and occupational medicine, whereas effective management of any system including the public health is impossible without studying and analysis of all risk factors. The definition of the risk in adoption of mistaken decisions as well as a classification and methods of risk management are given. It was concluded that the development of the system of anti-risk measures should be an integral constituent of managerial activity.

## ДО ВІДОМА АВТОРІВ!

**Редакція журналу “Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України” запрошує Вас до активної співпраці!**

Журнал належить до Переліку наукових видань, в яких можуть публікуватися основні результати дисертаційних робіт (розділ “Медичні науки”) ВАК України.

**Тематична спрямованість журналу:** питання державної політики охорони здоров’я; теоретичні основи охорони здоров’я; концептуальні основи реформування галузі; питання профілактики в охороні здоров’я; медико-демографічні та медико-соціологічні дослідження; вивчення та прогнозування здоров’я населення, розробка моделей управління здоров’ям; медичні проблеми здорового способу життя; організація охорони здоров’я населення; питання управління охороною здоров’я; економіка охорони здоров’я, страхова медицина; нормативне, правове, кадрове, інформаційне, матеріально-технічне, фінансове забезпечення системи охорони здоров’я; сучасні медичні технології; проблеми підготовки медичних кадрів та організація післядипломної освіти; організація санітарно-епідеміологічної служби; комплексна інформація системи охорони здоров’я, її правове, інформаційне, програмне і технічне забезпечення; організація наукових досліджень у системі охорони здоров’я та впровадження нововведень; питання історії медицини, медичної етики та деонтології; проблеми організації наукової медичної інформації; організація охорони здоров’я та управління нею в екстремальних умовах; міжнародний досвід з організації охорони здоров’я; міжнародне співробітництво з питань охорони здоров’я тощо.

До редакції (за адресою: Київ 01601, вул. Димитрова 5, корп. 10-а, 7 поверх) подаються роботи, що раніше ніде не друкувалися, не направлялися для опублікування в інші друковані видання, не мають інформації, що становить державну таємницю: оригінальні статті, огляди літератури, короткі повідомлення, рецензії, реферати, інформація про роботу з’їздів, конференцій, симпозіумів, нарад, семінарів та інших наукових, науково-практичних і практичних заходів, а також рекламний матеріал; редакція надає різноманітні рекламні послуги.

Правила подання матеріалу для опублікування:

• Матеріал має супроводжуватись офіційним направленням від установи, в якій він був виконаний, з візою керівництва (наукового керівника), завіреною круглою печаткою установи, та **гарантійним листом про оплату із розрахунку 60 ум.од. за 1 авторський аркуш (40 000 знаків)**, оплата здійснюється установою або автором. Якщо матеріал не має гарантійного листа, він не розглядається, автору не повертається, а передається на розгляд лише після погашення заборгованості.

• На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, прізвище, ім’я та по батькові, поштова адреса, номери телефонів (службовий, домашній) автора, з яким редакція буде спілкуватися.

• Авторський текстовий оригінал має складатися з трьох примірників українською мовою:

- тексту (обсяг оригінальних статей, у тому числі рисунків, літератури, реферата, не більше ніж 8 с., оглядів літератури, лекцій, проблемних статей – не більше ніж 12 с., коротких повідомлень, рецензій – не більше ніж 7 с.);
- списку літератури (якщо в статті є посилання, не більше ніж 20 літературних джерел, в оглядах – не більше ніж 50);
- таблиць;
- рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;
- рефератів російською та англійською мовами обсягом не більше 1/3–1/2 с.

• Статті набираються на комп’ютері в програмі Word, зберігаються у форматі .rtf і подаються роздруковані з дискетою. Текст звіту слід друкувати шрифтом 12 пунктів з міжрядковим інтервалом – 1,5, додержуючись таких розмірів берегів (полів): верхній і нижній – 20 мм, лівий – 25 мм, правий – 10 мм. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) будуються в програмах Word або Excel та у вигляді окремих файлів разом із текстовим файлом подаються на дискеті.

• На першій сторінці зазначаються: шифр УДК ліворуч, ініціали та прізвища авторів, місто в дужках, назва статті, назва установи, де працюють автори.

• Список літератури подається зразу ж за текстом. Автори згадуються за абеткою – спочатку праці вітчизняних авторів, а також іноземних, опублікованих російською чи українською мовою, далі іноземних авторів, а також вітчизняних, опублікованих іноземною мовою. Всі джерела повинні бути пронумеровані та мати не більше ніж 5-7-річну давність.

Посилання в тексті позначаються цифрами у квадратних дужках, мають відповідати нумерації у списку літератури. В бібліографічному описі книги потрібно зазначити прізвища та ініціали авторів, її



назву (якщо чотири і більше авторів – назву книги, а потім за похилою лінією ініціали і прізвища всіх авторів або, якщо більше чотирьох, трьох авторів і слова “та ін.”), місто, видавництво, рік видання, загальну кількість сторінок; статті – прізвище та ініціали авторів, назву періодичного видання (журналу, збірника наукових праць), рік, номер (том, випуск) і сторінки (початкова й остання); автореферата дисертації – прізвище та ініціали автора, назву автореферата, далі із заголовної літери після двох крапок вказують, на здобуття якого ступеня захищається дисертація і в якій галузі науки, місто та рік видання, загальну кількість сторінок. Скорочення слів і їх поєднань приводять згідно з ДСТУ 3582-97 “Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила”.

- Кількість ілюстрацій (рисунок, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщують у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводять його назву, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Номери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули надаються зробленими у редакторі формул Microsoft Equation 3.0.

- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень слід наводити відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), медичні терміни - згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань - за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби - за Державною Фармакопеею (X, XI). Назви фірм і апаратів треба давати в оригінальній транскрипції.

- Скорочення у тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Абревіатура розшифровується після першого згадування і залишається незмінною протягом усього тексту.

- У рефератах потрібно вказати назву статті, ініціали та прізвище автора (авторів), місто в дужках, зазначити мету, об’єкт, методи дослідження, результати і висновки.

- Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.

- Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам у опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.

- Придбати журнал Ви зможете за передплатою та в роздріб. Вартість передплати за один номер юридичними та фізичними особами 12 грн. 50 коп. Бажаючим його придбати потрібно звертатися за тел. (0352) 22-80-09.

**Редакційна Рада**

## ДО ВІДОМА РЕКЛАМОДАВЦІВ!

З 1999 р. Українським інститутом громадського здоров'я спільно з Тернопільською державною медичною академією видається журнал "Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України".

Тематика журналу:

- питання державної політики охорони здоров'я;
- концептуальні основи реформування галузі;
- дослідження та прогнозування здоров'я населення;
- питання управління, економіки та інформатизації системи охорони здоров'я;
- проблеми підготовки медичних кадрів;
- правове та інформаційне забезпечення галузі тощо.

Крім того, на сторінках журналу розміщуються різноманітні рекламні матеріали.

Періодичність випуску журналу – раз на квартал.

Слід зазначити, що журнал розрахований на керівників закладів охорони здоров'я всіх рівнів (головні лікарі районних, міських, обласних лікарень і санепідемстанцій), співробітників 20 кафедр соціальної гігієни та організації охорони здоров'я, 18 кафедр і циклів медичної інформатики медичних закладів освіти, науковців-медиків та лікарів різних спеціальностей, студентів вищих медичних закладів освіти та курсантів закладів післядипломної освіти.

Розцінки на розміщення реклами:

кольорова на вклейці: двостороння – 300 ум. од., одностороння – 170 ум. од.

чорно-біла на аркушах формату А4 – 100 ум. од.

рекламні статті – 150 ум. од. за 1 авт. арк (40 000 знаків).

При необхідності розміщення Вашої реклами в журналі, звертайтеся за телефоном 216-81-51

З надією на плідну співпрацю.

Головний редактор,  
директор Українського інституту  
громадського здоров'я,  
доктор медичних наук, професор

*В.М. Пономаренко*

---

**Адреса редакції**

01601, м. Київ, вул. Димитрова 5, корп. 10-а (7 поверх)  
телефон (044) 216-81-51, 216-85-54, факс (044) 216-71-00 E-mail: health@uiph.kiev.ua

---

**Адреса видавництва**

46001, м.Тернопіль, майдан Волі, 1  
Видавництво “Укрмедкнига” Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського  
телефон (0352) 22-44-92, 22-47-73, 22-14-64  
Розрахунковий рахунок видавництва № 35307312101 в Нац. банку м. Тернополя МФО 338415  
Код ЄДРПОУ 23587539 для зарахування Тернопільській медичній академії на рахунок 07060223000067/1  
для журналу “Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України”

---

Редактори	<i>О.В. Шумило</i>
Художнє оформлення	<i>Н.М. Лещук</i>
Коректор	<i>О.В. Шумило</i>
Технічний редактор	<i>С.Т. Демчишин</i>
Комп’ютерний набір	<i>Н.М. Лещук, О.В. Шумило</i>
Комп’ютерна верстка	<i>І.Т. Петрикович</i>
Перекладачі	<i>І.Д. Блізнюк-Ходоровський, Л.А. Яновська</i>

---

Здано до складання 18.10.2003. Підписано до друку 03.11.2003. Формат 60x84 1/8. Папір офсетний.  
Друк офсетний. Ум. друк. арк 10,93. Обл.-вид. арк. 10,49. Наклад 300. Зам. № 21.